

Programas de Pfizer Inc. de Asistencia al Paciente

Autorización para la divulgación de información del paciente

Al Paciente:

La autorización adjunta es para usted y para su médico. Si usted firma este acuerdo, está permitiendo a su médico proveer a Pfizer información sobre usted que puede ayudarle a obtener medicamentos de Pfizer. Un ejemplo del tipo de información que necesitamos de su médico sería la receta del medicamento que usted necesita. Este acuerdo es solamente entre usted y su médico. **Por favor firme y entregue a su médico el original de la autorización firmada y guarde una copia para su récord personal. Este formulario no debe ser devuelto con su solicitud.**

Al Médico:

La autorización adjunta, cuando está firmada por su paciente, es constancia del permiso de su paciente para que usted comparta cierta información personal con Pfizer en relación con los programas de Pfizer para asistencia al paciente. **Esta autorización es estrictamente para sus expedientes y no debe ser devuelta con la solicitud de su paciente.**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE MÍ
PARA PROGRAMAS DE PFIZER INC. DE ASISTENCIA AL PACIENTE**

Al Paciente: Pfizer Inc. ofrece programas de asistencia al paciente (el "Programa") para ayudar a pacientes que califican a obtener ciertos medicamentos de Pfizer sin costo alguno. Para determinar su elegibilidad para el Programa y administrar su participación en el Programa si usted fuese aceptado/a, Pfizer, conjuntamente con sus compañías afiliadas y aquéllas contratadas para la administración del Programa, necesitan obtener de su médico cierta información acerca de usted. Pfizer conviene que solamente usará esta información para determinar su elegibilidad para este Programa, para administrar el Programa, y para dar constancia de su retiro si usted decide terminar su participación en este Programa. **Favor de llenar esta Autorización, firmar y fecharla, y devolvérsela a su médico.**

Al Médico: **Favor de guardar la Autorización original firmada con el expediente del paciente y proveer una copia al paciente.** Usted **no tiene** que devolver esta Autorización del paciente a Pfizer.

* * *

Yo solicito y autorizo que mi médico, _____ ("Médico"), provea a Pfizer Inc., incluyendo a sus representantes y aquéllos contratados para trabajar en nombre de Pfizer en este Programa, información sobre mí y mi condición médica, lo cual es necesario para determinar mi elegibilidad para el Programa y para mi participación continua en el Programa si soy aceptado/a. El tipo de información que pueden proveer bajo esta autorización incluye:

- Mi nombre y fecha de nacimiento
- Mi dirección y número de teléfono
- Mi número de seguro social
- Información financiera acerca de mí
- Información sobre mis beneficios de salud o cobertura de seguro de salud
- Información sobre mi condición médica, según sea necesario

Sé que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando a mi Médico por escrito a _____. Si cancelo esta autorización, entonces mi Médico dejará de proveer a Pfizer, y a sus representantes, información acerca de mí. No obstante, yo no puedo cancelar las acciones que ya han sido tomadas con base en mi autorización.

Entiendo que una vez mi Médico provea a Pfizer información acerca de mí con base en esta autorización, las leyes federales de privacidad pueden no impedir que Pfizer haga más divulgaciones de mi información. También entiendo que firmar esta autorización no garantiza que seré aceptado/a en un programa Pfizer de asistencia al paciente.

Esta autorización expirará un (1) año después de la fecha en que haya sido firmada, a continuación, o un (1) año después de la última fecha en que yo reciba medicamentos bajo el Programa, la que sea después.

Favor de devolver el formulario firmado a su médico. Usted tiene derecho a una copia para su récord personal.

Paciente o Representante personal del paciente

Firma

Fecha _____

Nombre (Favor de escribir en letra de imprenta)

Autoridad para firmar en nombre del Paciente (si corresponde)