

Ascendis Pharma
Formulario de autorización del paciente

Al firmar abajo, autorizo a mis profesionales médicos, farmacias y planes de seguros de salud (colectivamente, mi "Equipo de salud") para compartir mi información de contacto y médica (información médica personal o "PHI") con Ascendis Pharma Endocrinology, Inc., sus filiales y sus respectivos proveedores de servicios (colectivamente, "Ascendis") en relación con mi participación en el programa Ascendis Signature Access Program® (A·S·A·P), como se detalla a continuación. Autorizo a Ascendis para que hable con mi Equipo de salud sobre mí y a usar mi PHI para lo siguiente: (1) evaluar mi elegibilidad para el programa A·S·A·P, apoyos para el copago o programas de medicamentos gratuitos; (2) brindarme apoyo para la verificación de beneficios y reembolsos; (3) proporcionarme dispositivos o kits de inicio, cuando corresponda, información sobre el manejo de enfermedades u otros materiales educativos; y (4) ayudar a evaluar y mejorar los productos, servicios y operaciones de Ascendis. También autorizo a mi Equipo de salud para que me proporcione información sobre los productos y servicios de Ascendis y entiendo que pueden recibir una remuneración económica por hacerlo. Entiendo que, una vez que mi PHI se comparte de acuerdo con lo indicado en este formulario de autorización, puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad vigentes y podría volver a divulgarse, pero que Ascendis tiene la intención de usar y compartir mi PHI solo para los fines descritos en este formulario o según lo permita la ley. Entiendo que no es necesario que firme este formulario para recibir tratamiento médico o cobertura de seguro médico. Sin embargo, si no firmo este formulario, A·S·A·P no podrá proporcionarme ninguna ayuda.

Entiendo que esta autorización será vigente por cinco (5) años (a menos que la ley vigente exija un período más corto), a menos que notifique a mi proveedor de atención médica y Ascendis (por fax al 1-888-436-0193 o por correo postal a la casilla PO Box 1587, Jeffersonville, IN, 47131) que revoco la autorización. Entiendo que, si revoco esta autorización, no invalidará ningún uso ni divulgación de mi PHI que se haya realizado antes de que Ascendis recibiera mi notificación de revocación. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo abajo.

[] Si marco esta casilla, también doy mi consentimiento para recibir información promocional o de mercadeo de Ascendis y A·S·A·P. Entiendo que puedo optar por dejar de recibir esta información en cualquier momento si me comunico con A·S·A·P llamando al 1-844-442-7236.

| | | |
|---|--|-------|
| Firma del Paciente o Representante del paciente | Nombre del Firmante en letra de imprenta | Fecha |
| Nombre del Paciente en letra de imprenta | Relación con el Paciente | Fecha |

Si firma el representante del paciente, indique a continuación la autoridad que tiene para actuar en nombre del paciente:

- [] Padre o Madre
- [] Tutor legal
- [] Poder notarial para tomar decisiones de atención médica
- [] Otro:

Para obtener más información sobre cómo recopilamos y utilizamos la PHI, incluidos los derechos de privacidad vigentes de EE. UU. y las notificaciones según la ley estatal vigente, visite https://ascendispharma.us/privacy-policy/.