CRANBURY
Connects

TELÉFONO (888) 213-8747
FAX (732) 647.2128
CranburyConnects@trispharma.com

Autorización del Paciente

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Autorizo a mi plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, proveedor de farmacia u otro proveedor de atención médica (colectivamente, los "Proveedores") a divulgar mi información personal de salud, incluyendo información personal relacionada con mi condición médica, tratamiento, manejo del cuidado, seguro médico e información de contacto ("Información"), a Cranbury Pharmaceuticals, LLC, sus afiliados y sus representantes, agentes y contratistas (colectivamente, la "Compañía").

Autorizo a la Compañía a proporcionar esta Información, y cualquier información específica relacionada con mi receta médica que yo proporcione directamente a la Compañía, a una farmacia especializada para cumplir con la receta. Además, mis Proveedores y la Compañía pueden usar y divulgar esta Información para servicios de apoyo tales como verificación de beneficios del seguro y cobertura de medicamentos, apoyo para autorizaciones previas, asistencia financiera con copagos, programas de asistencia al paciente, fuentes alternativas de financiamiento, otros programas relacionados y comunicación conmigo o con mi médico tratante por correo postal, correo electrónico o teléfono sobre mi condición médica, tratamiento, manejo del cuidado, información del producto y seguro médico.

Esta Información también puede ser utilizada para fines internos por parte de la Compañía, incluyendo análisis de datos o para mejorar, desarrollar y evaluar productos, servicios y programas relacionados con mi condición. También autorizo a la Compañía a usar mi Información para proporcionarme información educativa y/o promocional sobre Deflazacort y productos y servicios relacionados de la Compañía, recordatorios y apoyo para adherencia al tratamiento y educación sobre enfermedades, así como contactarme para realizar investigaciones de mercado.

Entiendo que mis Proveedores pueden recibir pagos por las actividades descritas en esta autorización. Entiendo que una vez divulgada a la Compañía, mi Información divulgada bajo esta Autorización puede ya no estar protegida por las leyes de privacidad aplicables, incluyendo HIPAA. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta Autorización.

Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito de revocación a Cranbury Pharmaceuticals, LLC, 2031 US Highway 130, Monmouth Junction, NJ 08852. Entiendo que dicha revocación no se aplicará a ninguna Información ya utilizada o divulgada bajo esta Autorización. Entiendo que revocar mi Autorización terminará mi participación en Cranbury Connects™.

Esta Autorización permanecerá vigente durante cinco (5) años desde la fecha en que firme esta Autorización a menos que una ley disponga un período más corto. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que negarme no cambiará el tratamiento proporcionado por mis Proveedores ni mis beneficios del seguro. También entiendo que si no firmo esta Autorización no podré recibir los servicios de Cranbury Connects™.

Nombre del Paciente/Tutor Legal: _____

Firma: _____

Relación: _____ **Fecha:** _____

© 2025 Cranbury Pharmaceuticals, LLC. Derechos Reservados. Cranbury Pharmaceuticals, LLC.