

Formulario electrónico de consentimiento del paciente KaryForward

*Nombre

*Apellido

Nombre del padre/madre/tutor legal

Relación con el paciente

*Fecha de nacimiento del paciente

*Sexo del paciente

*Dirección

*Ciudad

*Estado

*Código postal (Zip)

Correo electrónico

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Preferencia de contacto:

Teléfono fijo Teléfono móvil

Preferencia de contacto:

a. m. (de 8 a. m. a 10 a. m.) DÍA (de 10 a. m. a 5 p. m.) p. m. (después de las 5 p. m.)

Consentimiento del paciente

Por la presente, autorizo a mis profesionales de atención médica, a mi compañía de seguro médico y a mi farmacia a divulgar mi información médica protegida (PHI), incluidos, entre otros, mi nombre, dirección, número de teléfono, registros médicos, cobertura de seguro médico e información financiera a KaryForward y sus agentes. Entiendo que una vez que mi información de salud haya sido divulgada a KaryForward, podría ser objeto de una nueva divulgación y que las leyes federales de privacidad podrían dejar de proteger la información. Por la presente, autorizo a KaryForward y a sus agentes (1) a ponerse en contacto conmigo, o con la persona legalmente autorizada para firmar en mi nombre, por teléfono o por correo, (2) a ponerse en contacto con mi compañía de seguros en mi nombre para verificar mi cobertura de XPOVIO® (selinexor), (3) a determinar mi elegibilidad para la inscripción en el Programa de Copago de XPOVIO® y para la inscripción en el Programa de Asistencia al Paciente (PAP), incluida la verificación de mi información financiera; (4) a determinar mi elegibilidad para la inscripción en el Programa de Intercambio de Dosis (5) a proporcionarme información sobre cualquier fundación independiente de terceros o fuentes alternativas de financiación o cobertura que puedan estar disponibles para proporcionar asistencia con los gastos de bolsillo; (6) a coordinar mi tratamiento con mis profesionales de atención médica y la farmacia especializada; y (7) a enviarme materiales sobre productos, servicios u otra información que pueda ser de mi interés. Entiendo que no son elegibles para el programa de PAP de KaryForward aquellos Pacientes con planes de seguro o cuyos empleadores participen en un programa de financiación alternativo (a veces también denominados programas de defensa del paciente, entre otras denominaciones) que les exija que soliciten el programa de asistencia al paciente de un fabricante o que obtengan cobertura de medicamentos recetados especializados a través de otro proveedor de financiación alternativo como condición, requisito o prerrequisito para la cobertura de los productos pertinentes de Karyopharm, o que de otra forma deniegue, restrinja, elimine, retrase, altere o retenga cualquier beneficio de seguro o cobertura supeditado a la solicitud o denegación de la elegibilidad para la cobertura de medicamentos recetados especializados a través del programa de financiación alternativo. Entiendo que, si me niego a firmar esta autorización, esto no afectará el tratamiento que me den mis profesionales de atención médica, ni mi pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios de mi plan de atención médica. Sin embargo, si me niego a firmar esta autorización, o firmo y retiro mi autorización en una fecha posterior, esto puede afectar mi capacidad de participar en KaryForward. Si no retiro la autorización, esta seguirá siendo válida durante 3 años (o en el tiempo menor que exija la ley estatal). Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Al firmar a continuación, el paciente/padre/madre/tutor legal indica que leyó (o que le leyeron) el consentimiento del paciente y que lo acepta.

***Firma del paciente/padre/madre/tutor legal**

*Nombre

*Apellido

*Fecha de la firma

mm/dd/aaaa

Continuar

**Consulte la información de prescripción completa de XPOVIO® (selinexor) en [XPOVIO.COM](https://www.xpovio.com).
Visítenos en www.KaryForward.com | Llámenos de lunes a viernes (de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este) al:
1-877-KARY4WD (1-877-527-9493)**

Este sitio está destinado a los residentes de 18 años o más de Estados Unidos, Puerto Rico y los territorios de Estados Unidos.
© 2023 Karyopharm Therapeutics Inc. Todos los derechos reservados. US-XPOV-02/21-00007 (07/23)