

# Formulario electrónico de consentimiento del paciente KaryForward

\* = requerido

\*Nombre

\*Apellido

Nombre del padre/tutor legal

Relación al 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 tiempo:

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 lo siguiente: (1) 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; (a) Para contactarse conmigo, o con la persona legalmente autorizada para firmar en mi nombre, por teléfono o por correo, (b) para ponerse en contacto con mi compañía de seguros en mi nombre para verificar mi cobertura de XPOVIO® (selinexor), (c) para 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; (d) para determinar mi elegibilidad para la inscripción en el Programa de Intercambio de Dosis (2) para 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; (3) para coordinar mi tratamiento con mis profesionales de atención médica y la farmacia especializada; (4) para enviarme materiales sobre productos, servicios u otra información que pueda ser de mi interés. 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. 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.

\*Firma del paciente/padre/tutor legal

\*Imprimir nombre y apellido

\*Fecha de la firma

**Enviar formulario completo vía FAX al 1-833-589-1603**

Consulte la información de prescripción completa de XPOVIO® (selinexor) en [XPOVIO.COM](http://XPOVIO.COM)

Visítenos en [www.KaryForward.com](http://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)