

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS ("HIPAA")AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por este medio autorizo a BioPlus Specialty Pharmacy Services, Inc. y a su red de farmacias, MedScripts Medical Pharmacy, River Medical Pharmacy, Route 300 Pharmacy y Santa Barbara Specialty Pharmacy ("Farmacias BioPlus"), y a sus agentes y empleados para usar y revelar información sobre medicamentos con receta, seguros, diagnóstico y demás información relacionada con la salud y la condición médica (la "Información") del paciente identificado ("Paciente"). Autorizo la revelación de la Información entre las farmacias BioPlus y los fabricantes de medicamentos, programas de asistencia a los pacientes y la organización de investigación ("Representantes") y sus respectivos agentes.

Los propósitos autorizados para el uso o la revelación son dar y coordinar al paciente su atención médica; dar al paciente apoyo para reembolsos y ofertas de productos y servicios de atención médica o para el análisis de procesos comerciales, tratamiento de terapia de enfermedades o tratamiento de terapia con medicamentos de las farmacias BioPlus o sus representantes. Reconozco que las Farmacias BioPlus pueden recibir pagos de terceros por el uso o la revelación de la información.

Esta autorización vence cinco (5) años después de la fecha en que la firme o cuando se complete mi tratamiento o el curso de medicamentos recibidos por medio de una farmacia BioPlus, lo que ocurra primero.

Entiendo que la información revelada según esta autorización puede ser revelada nuevamente por los destinatarios y podría ya no estar sujeta a las mismas protecciones de la información dadas por las farmacias BioPlus.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya compartido con base en esta autorización, enviando una notificación por escrito a:

**Privacy Officer
BioPlus Specialty Pharmacy
376 Northlake Blvd.
Altamonte Springs, FL 32701**

Entiendo que también puedo recibir una copia de esta autorización enviando una notificación por escrito a la misma dirección.

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Entiendo que las farmacias BioPlus no pueden condicionar la prestación de tratamiento o el pago con base en mi negativa a firmar esta autorización.

Nombre del paciente ("Paciente"):	
Firma del paciente:	
Apellido anterior/alias/apellido de soltera (si corresponde):	
Fecha de nacimiento:	
Fecha:	
Nombre del representante personal (si corresponde):	
Firma del representante personal (si corresponde):	
Descripción de la potestad del representante personal:	

Revisión 220921

BioPlus Specialty Pharmacy 376 Northlake Blvd., Altamonte Springs, FL 32701
BioPlus Specialty Pharmacy 100 Southcenter Ct. Suite 100, Morrisville, NC 27560
BioPlus Specialty Pharmacy 13925 Yale Ave, Suite 145 Irvine, CA 92620
MedScripts Medical Pharmacy 1325 Miller Rd. Suite K, Greenville, SC 29607
River Medical Pharmacy 4752 Research Drive, San Antonio, TX 78240
Route 300 Pharmacy 1208 Route 300 Suite 103, Newburgh, NY 12550
Santa Barbara Specialty Pharmacy 4690 Carpinteria Ave, Ste B, Carpinteria, Ca 93013