

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, LLC. y a su red de farmacias, MedScripts Medical Pharmacy, River Medical Pharmacy y Route 300 Pharmacy y a Santa Barbara Specialty Pharmacy (“BioPlus Pharmacies”), 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 BioPlus Pharmacies y los fabricantes de medicamentos, programas de asistencia para los pacientes y las organizaciones de investigación (“Representantes”) y sus respectivos agentes.

Los propósitos autorizados para el uso o la revelación son dar y coordinar la atención médica del paciente; dar al paciente apoyo para reembolsos y ofrecerle productos y servicios de atención médica o para el análisis de los procesos del negocio, el tratamiento de terapia de enfermedades o el tratamiento de terapia con medicamentos de BioPlus Pharmacies o sus representantes. Reconozco que las BioPlus Pharmacies 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 que la firmo, o cuando se complete mi tratamiento o el curso de medicamentos recibidos por medio de una BioPlus Pharmacy, 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 información dadas por BioPlus Pharmacies.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a **Privacy Officer, BioPlus Specialty Pharmacy, 376 Northlake Blvd., Altamonte Springs, FL 32701**, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas sobre la base de esta autorización.

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

Nombre del paciente (“Paciente”): _____

Firma del paciente: _____

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 autoridad del representante personal: _____

BioPlus Specialty Pharmacy (FL) (HQ) 376 Northlake Blvd., Altamonte Springs, FL 32701
BioPlus Specialty Pharmacy (NC) 100 Southcenter Ct. Suite 100, Morrisville, NC 27560
BioPlus Specialty Pharmacy (CA) 13925 Yale Ave. Suite 145, Irvine, CA 92620
BioPlus PE Center 4751 Hamilton Wolf Road, San Antonio, TX 78229
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. Suite B, Carpinteria, CA 93013