

## Consentimiento y autorización del paciente del Programa de Apoyo de ForgingBridges™

Para participar en ForgingBridges y comenzar a recibir los beneficios del programa, los pacientes deben revisar cuidadosamente la siguiente información y firmar donde se indica para dar su consentimiento para inscribirse en el programa y dar su autorización para compartir la Información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Una vez que el paciente haya firmado, los prescriptores deben imprimir el formulario y enviarlo por fax al **1-877-738-0545**.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Se requiere la firma del paciente para la inscripción en ForgingBridges.

Lea atentamente el siguiente consentimiento y autorización y, si está de acuerdo, firme y feche donde se indica a continuación. Puede conservar una copia de este formulario para sus registros.

### Consentimiento del paciente del Programa de Apoyo de ForgingBridges

Al firmar a continuación, acepto los [términos y condiciones](#) para mi inscripción en el Programa de Apoyo de ForgingBridges (el "Programa"). Autorizo a BridgeBio Pharma Inc. ("BridgeBio"), el patrocinador del Programa, y sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes a proporcionarme servicios para los cuales soy elegible en virtud del Programa. Esto puede incluir comunicaciones y apoyo sobre el medicamento y adherencia, apoyo para el cumplimiento y dispensación del medicamento, cobertura de seguro y apoyo financiero, educación sobre la enfermedad y el medicamento, y otros servicios de apoyo ofrecidos ahora o en el futuro. Si soy elegible, acepto los términos de inscripción del Programa de Asistencia de Copago, que es parte de las ofertas del Programa. Si estoy aplicando al Programa de Ayuda al Paciente, autorizo al Programa a obtener un informe sobre mis ingresos individuales de las agencias de informes del consumidor y a usar la información proporcionada por mí como fuente para verificar la información en este formulario y determinar si soy elegible para recibir medicamentos gratuitos.

Entiendo que, a petición mía, el Programa me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de informes del consumidor que entrega dicho informe del consumidor. Autorizo a BridgeBio a ponerse en contacto conmigo por correo, teléfono, correo electrónico, y si otorgo mi consentimiento a continuación, también por mensaje de texto con respecto a: i) servicios del Programa; ii) información sobre los productos de BridgeBio; iii) promociones; iv) estudios de investigación; v) mi opinión sobre dicha información y temas; vi) investigación de mercado; y vii) encuestas relacionadas con la enfermedad. Además, autorizo a BridgeBio a anonimizar mi información y utilizarla en la realización de investigaciones, educación, análisis de negocios y estudios de marketing o para otros fines comerciales. Entiendo que no tengo que inscribirme en el Programa, y todavía puedo recibir mi medicamento según lo recetado por mi médico. En cualquier momento puedo renunciar a los servicios individuales ofrecidos por el Programa o abandonar completamente el Programa notificando a un representante del Programa a través del 1-888-55-BRIDGE (1-888-552-7434) o escribiendo a ForgingBridges a PO Box 15600, Pittsburgh, PA 15244. Entiendo que BridgeBio puede cambiar o interrumpir el Programa total o parcialmente en cualquier momento.

### Autorización a ForgingBridges para compartir PHI

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores y personal de atención médica, mis farmacias y mis aseguradoras de salud a compartir con BridgeBio Pharma Inc. y sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes involucrados en el Programa de Apoyo de ForgingBridges (el "Programa") información identificable para mí, incluyendo (i) mi información de contacto; (ii) mi información de salud, como información sobre mi afección médica y tratamiento; (iii) reclamaciones de seguro médico y cobertura; y (iv) información sobre la dispensación de medicamentos con receta (en conjunto, mi "Información"), para facilitar mi recepción de los beneficios del Programa. Además, autorizo al Programa a usar mi Información y a analizarla con mis proveedores de atención médica y aseguradoras, según sea necesario para inscribirme en programas de apoyo, proporcionar servicios y llevar a cabo las actividades de garantía de calidad y otras tareas administrativas, y para contactarme por correo postal, teléfono, correo electrónico, y si otorgo mi consentimiento a continuación, también por mensaje de texto, con respecto a: i) servicios del Programa; ii) información sobre los productos de BridgeBio; iii) promociones; iv) estudios de investigación; v) mi opinión sobre dicha información y temas; vi) investigación de mercado; y vii) encuestas relacionadas con la enfermedad. Además, autorizo a BridgeBio a anonimizar mi información y utilizarla en la realización de investigaciones, educación, análisis de negocios y estudios de marketing o para otros fines comerciales.

Entiendo que, una vez que mi Información haya sido divulgada al Programa, ciertas leyes federales de privacidad pudieran ya no proteger la Información de que se continúe divulgando. Sin embargo, también entiendo que BridgeBio tiene la intención de usar y divulgar mi Información solo para los fines a los que se hace referencia en esta autorización o según lo requiera o permita la ley. Entiendo que la farmacia que dispensa mi medicamento puede recibir el pago de BridgeBio a cambio de mi información o por proporcionarme servicios de apoyo en relación con el Programa. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener tratamiento médico de mis proveedores de atención médica, para ser elegible para recibir beneficios del seguro médico, o para obtener los medicamentos de BridgeBio. Sin embargo, si no firmo esta autorización, entiendo que no podré participar en el Programa. Entiendo que esta autorización expira 10 años a partir de la fecha de la firma a continuación, o antes según lo requiera la ley estatal o local, y hasta que yo cancele esta autorización. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-888-55-BRIDGE (1-888-552-7434) o escribiendo a ForgingBridges a PO Box 15600, Pittsburgh, PA 15244. Entiendo que la cancelación de esta autorización no invalidará ningún uso y divulgación de mi información realizada en virtud de la autorización antes de que ForgingBridges reciba la cancelación. Comprendo que puedo solicitar una copia de esta autorización.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_

**FIRMAR** Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Si está firmado por un representante autorizado del paciente:

Nombre del representante autorizado del paciente: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Consentimiento para marketing (opcional)

Al marcar esta casilla, además otorgo mi autorización para que BridgeBio use mi PHI para comunicarse conmigo sobre los beneficios de los productos y servicios de BridgeBio, tal cual se indica en la autorización del paciente para compartir y usar la PHI de este formulario. Doy mi consentimiento específicamente para recibir mensajes de texto de marketing con marcación automática de BridgeBio y sus proveedores de servicios en relación con los productos y servicios de BridgeBio al número de teléfono celular proporcionado en este formulario. Entiendo que proporcionar este consentimiento no es obligatorio ni una condición para la compra de cualquier producto o servicio. Entiendo que en cualquier momento puedo optar por no participar.

Haga [clic aquí](#) para consultar los Términos y Condiciones del Programa de Apoyo de ForgingBridges.