

## 8. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a los proveedores de atención médica, las compañías de seguro médico, los proveedores de laboratorio, los proveedores de farmacia y otras entidades involucradas en mi atención médica o la de mi hijo (en conjunto, Entidades de atención médica) a compartir mi información individual médica y de identificación, o la de mi hijo, incluida, entre otras, información sobre seguro médico, información financiera, diagnósticos médicos y afección, exámenes físicos, pruebas clínicas, análisis de sangre, radiografías y otros procedimientos, información de tratamiento, incluida la información de prescripción, y nombre, fecha de nacimiento, sexo, dirección postal, dirección de correo electrónico y número telefónico con Neurocrine y sus agentes, representantes y contratistas, incluidos, entre otros, terceros autorizados por Neurocrine (en conjunto, Neurocrine). Dicha información puede compartirse con Neurocrine para que Neurocrine pueda: (1) brindarme a mí o a mi hijo servicios de apoyo (e información y materiales relacionados) relacionados con cualquiera de los productos de Neurocrine incluidos, entre otros, los siguientes: apoyo en línea, servicios de asistencia financiera, cumplimiento y persistencia y otros servicios de apoyo terapéutico; (2) realizar análisis de datos, investigación de mercado y otras actividades comerciales internas necesarias; y (3) brindarme a mí o a mi hijo información sobre los productos, servicios y programas para fines educativos o de otro tipo de Neurocrine. Comprendo que los proveedores de farmacia, u otras personas que trabajen en su nombre, pueden recibir remuneración por parte de Neurocrine a cambio de la información médica y/o por cualquier servicio de apoyo proporcionado.

Una vez que se le haya divulgado a Neurocrine mi información médica o la de mi hijo, comprendo que Neurocrine puede volver a divulgarla y que las leyes federales de privacidad ya no protegen la información nuevamente compartida. Sin embargo, Neurocrine acepta proteger mi información médica o la de mi hijo, utilizándola y divulgándola solo para los fines descritos anteriormente o según lo exijan las leyes o reglamentaciones. Esta autorización vence 10 años después de la fecha en que la firme o en el plazo más breve que exija la ley aplicable, a menos que se cancele antes de ese plazo. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que el tratamiento (incluido el tratamiento con un producto de Neurocrine), la inscripción en el seguro o la elegibilidad para recibir beneficios, míos o de mi hijo, no están condicionados a mi consentimiento para firmar esta autorización. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-855-CRNSITY (276-7489) o enviando una carta por correo postal a PANTHERx Rare, 121 Bayer Road, Pittsburgh, PA 15205 y, al hacerlo, finalizará mi consentimiento para que mis Entidades de atención médica divulguen mi información médica o la de mi hijo a Neurocrine después de la notificación de mi cancelación, pero esto no afectará las divulgaciones previas de acuerdo con esta autorización. La cancelación de esta autorización no afectará la capacidad de recibir tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para recibir beneficios, míos o de mi hijo.

Comprendo que si no firmo esta autorización o si la cancelo más adelante, mi hijo o yo no podremos recibir los servicios del programa de apoyo de Neurocrine.

## 9. MENSAJES DE TEXTO DE LA FARMACIA, COMUNICACIONES DE COMERCIALIZACIÓN/OTRAS COMUNICACIONES Y COMUNICACIONES DE LOS PROGRAMAS DE APOYO

Autorizo a Neurocrine y a sus agentes, representantes, contratistas y otros terceros autorizados, incluida PANTHERx RARE Pharmacy (en conjunto, Neurocrine) a:

1. Comunicarse conmigo por correo, correo electrónico, fax, teléfono, mensaje de texto, chat, notificaciones push y otras formas de mensajería electrónica (en conjunto, Métodos de comunicación) para proporcionarme a mí o a mi hijo servicios de apoyo para la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) relacionados con cualquiera de los productos de Neurocrine para la HSC, incluida cualquier información o materiales relacionados con dichos servicios.
2. Usar y divulgar mi información médica y de salud y la de mi hijo en relación con la prestación de servicios de apoyo para la HSC, lo que incluye, entre otros, divulgar mi información o la de mi hijo a distribuidores, procesadores y proveedores de servicios para fines comerciales asociados con la prestación de servicios de apoyo para la HSC, compartir dicha información con mi proveedor de atención médica o el de mi hijo, el proveedor de seguros o la farmacia, o divulgar mi información o la de mi hijo cuando lo exijan las leyes o reglamentaciones aplicables.
3. Comunicarse conmigo a través de cualquier Método de comunicación con fines de comercialización relacionados con los productos, servicios y programas de Neurocrine para la HSC, o para brindarme información sobre estos, u otros temas de interés, realizar investigaciones de mercado, o preguntarme sobre mi experiencia o la experiencia de mi hijo con dichos temas o la opinión que tenemos sobre estos.

Comprendo que:

1. El personal, incluidos, entre otros, los farmacéuticos, que proporciona servicios de apoyo para la HSC en nombre de Neurocrine, no son empleados de mi profesional de atención médica ni del profesional de atención médica de mi hijo.
2. Toda información que proporcione a Neurocrine puede ser utilizada por Neurocrine para ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas, o como se describe de otro modo en la Política de privacidad de Neurocrine en [www.neurocrine.com/privacy-policy](http://www.neurocrine.com/privacy-policy).
3. Neurocrine no venderá ni transferirá mis datos personales o los datos personales de mi hijo a ningún tercero no relacionado, con fines de comercialización sin mi permiso expreso.
4. Mi autorización para recibir comunicaciones de comercialización no es necesaria como condición para comprar o recibir productos de Neurocrine; pero si no doy mi autorización o si la doy y después la revoco, es posible que yo o mi hijo no podamos recibir servicios de apoyo de Neurocrine para la HSC.
5. Puedo revocar mi autorización para recibir comunicaciones de comercialización y elegir no recibir comunicaciones de comercialización u otras comunicaciones de Neurocrine siguiendo el proceso descrito en la Política de privacidad de Neurocrine.