

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA")
Autorización para divulgación de la información médica

Por este medio autorizo a **Bioplus Specialty Pharmacy Services Inc. y su red de farmacias, MedScripts Medical Pharmacy, River Medical Pharmacy, and Route 300 Pharmacy (las "Farmacias de Bioplus")**, y sus agentes y empleados, para que divulguen la información médica y otra información relacionada con la salud y estado del paciente identificado arriba.

Esta autorización aplica a los siguientes beneficiarios:

- Para los fabricantes de medicamentos y farmacéuticos y los programas de asistencia a pacientes (y sus respectivos representantes) que ofrezcan asistencia financiera a los pacientes para el costo de los medicamentos. El propósito de esta divulgación es facilitar y obtener el pago y asistencia para el pago de medicamentos y tratamientos, donde aplique.
- Para el fabricante/distribuidor de los medicamentos o el curso de tratamiento del paciente (y sus representantes). El propósito de esta divulgación es coordinar el cuidado y suministro de tales medicamentos, y dar seguimiento y control a las interacciones y reacciones de los medicamentos.

Autorizo a Farmacias de Bioplus a divulgar los expedientes completos y no editados, de acuerdo con el Título 45 del Código de Reglamentos Federales Sección 164.508 (Requisitos de autorización de la HIPAA para divulgación de la información de salud protegida), hasta donde sea necesario para cumplir con el propósito de las divulgaciones.

Esta autorización vence al completar mi tratamiento o curso de medicamentos facilitados a través de Farmacias de Bioplus.

Entiendo que la información divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por quienes la reciben y ya no estará sujeta a la misma protección que Farmacias de Bioplus le da a la información.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento al enviar la notificación por escrito a **Privacy Officer, Bioplus Specialty Pharmacy 376 Northlake Blvd Altamonte Springs, FL 32701**, y como Farmacias de Bioplus explica en este Aviso de prácticas de privacidad, excepto en la medida en que ya se haya realizado la acción con base en esta autorización.

Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización. Entiendo que Farmacias de Bioplus no puede condicionar la provisión del tratamiento ni el pago con base en mi negativa a firmar esta autorización.

Por este medio libero a Farmacias de Bioplus de cualquier y toda responsabilidad relacionada con la divulgación de los expedientes y la información de conformidad con esta autorización. Esta autorización también incluye la autoridad para copiar e inspeccionar cualquiera y toda la información mencionada y para discutir sobre la información con las entidades designadas anteriormente.

Nombre del paciente ("Paciente"):	
Firma del paciente:	
Nombre anterior/de soltera/alias (si aplica):	
Fecha de nacimiento:	
Fecha:	
Nombre del representante personal (si aplica):	
Firma del representante personal (si aplica):	
Descripción de la autoridad del representante personal:	

Rev: 7/2018