Genentech
A Member of the Roche Group

Formulario de Consentimiento del Paciente

Access Solutions

¿Tiene preguntas? Llame al (866) 422-2377
de lunes a viernes, de 6 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico)

Cómo enviar el formulario

Envíe todas las páginas completadas por medio de:
Fax: (866) 480-7762 **o**
Una foto por mensaje de texto: (650) 877-1111 **o**
Escanee el código QR para completarlo digitalmente

1 Información del paciente

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____ Correo electrónico: _____

Teléfono celular: ( ) – ¿Podemos dejarle un mensaje detallado? ☐ Sí ☐ No

Idioma de preferencia ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Contacto alternativo (opcional) ¿Con quién debemos comunicarnos si no podemos localizarlo?

Nombre completo: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: ( ) –

☐ Marque esta casilla **para recibir educación gratuita sobre la enfermedad, historias de pacientes, opciones de apoyo financiero y otros materiales adecuados para mi tratamiento, así como información sobre otros productos y servicios de Genentech, sus empresas afiliadas y sus proveedores de servicios.**

Puede que sea necesario utilizar mi información personal de salud para proporcionarme estos materiales. Entiendo que proporcionar esta información es un acto voluntario y no influye en la obtención de servicios ni de mi medicamento. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento llamando al **(877) 436-3683**.

☐ Marque esta casilla **para recibir los materiales descritos anteriormente directamente en mi teléfono (llamada o mensaje de texto), ya sea por parte de Genentech o en su nombre, en el número o los números de teléfono que he proporcionado en este formulario.**

Entiendo que no necesito aceptar recibir llamadas/mensajes de texto para recibir bienes, servicios o mis medicamentos. Estas comunicaciones pueden realizarse mediante un sistema de marcación automática o mensajes de voz artificial o pregrabados. La frecuencia de los mensajes puede variar. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Puedo optar por no recibir más mensajes en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra STOP o llamando al **(877) 436-3683**.

2 Términos y condiciones de los servicios de apoyo al paciente

Al firmar a continuación, acepto inscribirme en los servicios de apoyo al paciente de Genentech (los "Servicios") y autorizo a Genentech y sus proveedores de servicios a usar y divulgar mi información, incluida mi información personal sensible, para la verificación de mi cobertura, la asistencia financiera, la coordinación de mi atención médica y la prestación de otros servicios de apoyo.

Estos Servicios son totalmente voluntarios, no son un requisito del tratamiento médico ni de acceso a los medicamentos y no obligan a mi proveedor de atención médica a recetarme productos de Genentech. No estoy obligado a dar mi consentimiento para este procedimiento, pero si no lo doy, no podré recibir los Servicios. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento llamando al **(877) 436-3683**. Genentech se reserva el derecho de modificar, suspender o cancelar estos Servicios gratuitos en cualquier momento sin previo aviso. Para obtener información sobre sus derechos de privacidad, consulte la Política de Privacidad de Genentech en **www.gene.com/es/politica-de-privacidad**.

3 Firmas del paciente - SE **REQUIEREN** LA FECHA Y AMBAS FIRMAS

3A. Acepto inscribirme en los **Servicios** que se describen en la Sección 2.

Firma _____

Paciente o representante legal si el paciente es menor de 18 años de edad (en Puerto Rico, menor de 21 años de edad)

Escanee el código QR para guardar a Genentech en sus contactos telefónicos.
Así sabrá que somos nosotros cuando lo llamemos.

3B. Acepto la **Autorización HIPAA para el Uso y la Divulgación de Información de Salud** que se describe en la Sección 4.

Firma _____ **Fecha** ____/____/____

Paciente o representante legal si el paciente es menor de 18 años de edad (en Puerto Rico, menor de 21 años de edad) (MM/DD/AAAA)

Si está firmado por un representante legal:

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____

HIPAA = Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.

© 2026 Genentech, Inc. Todos los derechos reservados. M-US-00003776(v5.0) Impreso en EE. UU.

4 Autorización HIPAA para el Uso y la Divulgación de Información de Salud

¿Quién compartirá mi información y qué información se compartirá?

Autorizo a mis proveedores de atención médica (mis médicos, su personal, mis farmacias, proveedores de servicios de laboratorio y mi plan de seguro médico) a divulgar y redivulgar mi información de salud protegida (en conjunto, "Información de salud"). Esto incluye mis datos de contacto, información básica sobre mí, información financiera y detalles sobre mi salud, mis tratamientos médicos y mi seguro.

¿Quién recibirá mi información?

Mis proveedores de atención médica pueden compartir esta información con Genentech, USA Inc., la Fundación de Pacientes de Genentech y sus socios, organizaciones afiliadas, proveedores de servicios y agentes (en conjunto, "Genentech").

¿Por qué se compartirá mi información?

Autorizo a Genentech a recibir, usar, compartir y volver a compartir mi Información de salud para poder inscribirme y participar en los servicios de apoyo al paciente de Genentech (los "Servicios"). Autorizo a Genentech a recopilar, usar, compartir y volver a compartir mi Información de salud para:

- Inscribirme en los Servicios y, si corresponde, procesar mi solicitud para la Fundación de Pacientes de Genentech
- Verificar si puedo obtener asistencia financiera, como ayuda con los copagos, y ayudarme a solicitarla si cumplo con los requisitos
- Comunicarse con mis proveedores de atención médica para entender o verificar mi cobertura de los productos de Genentech
- Controlar cuestiones de seguridad y calidad y mejorar los productos y servicios de Genentech
- Comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, mensaje de texto o teléfono utilizando la información que proporcioné en este formulario para fines relacionados con mi participación en los Servicios, incluida mi cobertura, mis costos y la posibilidad de obtener asistencia financiera, y para enviarme recursos relacionados con los Servicios
- Apoyar las operaciones, el análisis y el mejoramiento interno de los Servicios, incluido el manejo de mi relación con Genentech y la personalización de mis Servicios
- Ayudarme a obtener mis productos de Genentech
- Cumplir y respaldar los objetivos legales y normativos de Genentech

Entiendo que Genentech también puede compartir mi Información de salud, incluida mi información de salud sensible, para estos mismos fines con mis proveedores de atención médica, proveedores de servicios y otros contactos alternativos que haya indicado.

Cosas importantes que entiendo

- **Mi elección:** No tengo que firmar esta autorización. Mis proveedores de atención médica no pueden obligarme a firmar este documento para recibir tratamiento, pago o beneficios del seguro médico. Sin embargo, Genentech no puede prestarme los Servicios si no lo firmo
- **Pago al proveedor:** Mis proveedores de atención médica podrían recibir un pago o remuneración por compartir mi Información de salud para estos Servicios
- **Protección de la privacidad:** Una vez que mi Información de salud se haya divulgado de acuerdo con esta autorización, es posible que ya no esté protegida por las leyes estatales y federales como la Ley HIPAA, y el destinatario podría volver a divulgarla. Sin embargo, Genentech solo la utilizará y compartirá para los fines aquí mencionados o según lo permita la ley

Continúa en la página 3

© 2026 Genentech, Inc. Todos los derechos reservados.

4 Autorización HIPAA para el Uso y la Divulgación de Información de Salud (continuación)

Mis derechos

- **Cuánto tiempo dura:** Esta autorización es válida por **6 años** a partir de la fecha en que la firmo o de la fecha de mi última inscripción (lo que ocurra primero), a menos que la ley exija un plazo menor. Si vivo en Maryland o California, esta autorización es válida por **1 año** a partir de la fecha en que la firmo
- **Cómo cancelarla:** Puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento llamando al (866) 422-2377 o enviando una notificación por escrito a: Genentech Access Solutions, 1 DNA Way, South San Francisco, CA 94080-4990
- **Qué sucede si la cancelo:** Si la cancelo, dejaré de ser elegible para recibir los Servicios descritos. La cancelación entrará en vigor cuando mis proveedores de atención médica reciban la notificación, pero no anulará ninguna divulgación de mi información que ya haya ocurrido
- **Cómo obtener una copia:** Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Puedo solicitar una copia en cualquier momento llamando al número o enviando un correo a la dirección que aparece arriba
- **Más información sobre mi privacidad:** Para obtener más información sobre mis derechos de privacidad, incluidos los derechos específicos de cada estado, puedo consultar la Política de Privacidad de Genentech en www.gene.com/es/politica-de-privacidad

5 Elegibilidad para la Fundación de Pacientes de Genentech - complete este formulario solo si solicita asistencia financiera

La Fundación de Pacientes de Genentech proporciona medicamentos gratuitos a personas sin seguro médico, con seguro médico que no cubre estos medicamentos o con dificultades financieras, y que cumplen con los criterios de elegibilidad.

Para determinar su elegibilidad, complete esta sección confirmando que ha proporcionado información completa y precisa, y que acepta los términos y condiciones que se detallan a continuación.

¿Cuántas personas viven en su hogar? Inclúyase a usted mismo, a su cónyuge y a toda persona legalmente dependiente de la que sea responsable financieramente.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Otro: _____

¿Cuál es su ingreso familiar anual antes de deducir impuestos? $ _____

6 Términos y condiciones de la Fundación de Pacientes de Genentech

- **Mis responsabilidades:** Si recibo un medicamento gratuito de la Fundación de Pacientes de Genentech, no lo venderé ni lo regalaré porque es ilegal hacerlo. Soy responsable de asegurarme de que el medicamento llegue a una dirección segura cuando me lo envíen y debo controlar todo medicamento que reciba
- **Verificación de ingresos y auditoría:** Entiendo que, para fines de auditoría, la Fundación de Pacientes de Genentech puede solicitarme una copia de mi Formulario 1040 del IRS u otro comprobante de ingresos
- **Programas de financiamiento alternativo:** Algunos planes de seguro médico y/o empleadores se asocian con organizaciones conocidas como programas de financiamiento alternativo. Dichos acuerdos exigen que los pacientes soliciten ayuda a la Fundación de Pacientes de Genentech como condición o requisito previo para la cobertura de productos relevantes de Genentech. Estos programas de financiamiento alternativo incluyen a SHARx, Paydhealth y Payer Matrix, entre otros. Los pacientes cuyos planes de seguro médico o empleadores utilicen un programa de financiamiento alternativo no son elegibles para recibir apoyo de la Fundación de Pacientes de Genentech
- **Declaraciones sobre el empleador y el plan de seguro médico:** Reconozco que, según mi leal saber y entender, ni mi plan de seguro médico ni mi empleador (1) me exigieron que solicite ayuda a la Fundación de Pacientes de Genentech y/o (2) cambiaron u ocultaron mi cobertura de seguro médico para mi medicamento de Genentech para aparentar que mi seguro es insuficiente y que soy elegible para recibir apoyo de la Fundación de Pacientes de Genentech. No estoy solicitando ayuda a la Fundación de Pacientes de Genentech en nombre de alguien cuyo plan de seguro médico y/o empleador tiene un acuerdo con un programa de financiamiento alternativo. El contacto alternativo que figura en mi solicitud (si corresponde) no está asociado ni es un representante de mi compañía de seguros, mi empleador o un socio comercial de mi compañía de seguros o empleador. Si posteriormente descubro que mi plan de seguro médico y/o mi empleador utilizan un programa de financiamiento alternativo, me comprometo a informar inmediatamente a la Fundación de Pacientes de Genentech y entiendo que dejaré de ser elegible para recibir apoyo

© 2026 Genentech, Inc. Todos los derechos reservados.