

Formulario de autorización del paciente para la revelación de información

INFORMACIÓN QUE PODRÁ REVELARSE MEDIANTE ESTA AUTORIZACIÓN. Por el presente autorizo a mis proveedores de atención médica y plan(es) de salud a proporcionar y revelar —en forma electrónica o de otro tipo— mi información médica protegida (*protected health information*, “PHI”; tal como se define dicho término en la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 [*Health Insurance Portability and Accountability Act*, “HIPAA”] y sus reglamentos, así como otra información personal protegida por las leyes estatales y/o federales), a Nevro Corp. (“Nevro”) y mi médico especialista en el tratamiento del dolor, incluidos, entre otros, mis datos de contacto personales; y todos los expedientes médicos e información relacionada en referencia a mi tratamiento, mi elegibilidad para recibir asistencia y la coordinación o administración del tratamiento, lo que abarca:

- códigos de diagnósticos/CPT/HCPCS; información del seguro; cita(s) programada(s);
- evaluaciones psiquiátricas;
- antecedentes médicos que apoyen la cobertura de un tratamiento de estimulación de la médula espinal (“EME”); y
- expedientes de tratamiento que apoyen la apelación de una reclamación de seguro o de indemnización por accidentes laborales, o cuando sean necesarios (denominados conjuntamente mi “información”).

PROPÓSITO(S) DE LA REVELACIÓN. Autorizo la revelación de mi información, ya sea que esta se proporcione a Nevro antes o después de yo haber firmado esta autorización, con los siguientes fines:

- establecer mi elegibilidad para beneficios de productos Nevro, lo que abarca la investigación de beneficios, apoyo para trámites de autorización previa o apelación de reclamaciones de seguro, o revisiones de casos de indemnización por accidentes laborales;
- designar a Nevro (incluidos sus empleados y socios comerciales) para que actúe como mi Representante autorizado nombrado para ayudarme a apelar la denegación del seguro para mi tratamiento de estimulación de la médula espinal (EME), de no aprobarse la autorización previa;
- comunicarse con mis proveedores de atención médica y planes de salud sobre mis antecedentes médicos y apoyo a través de HFX Access™, mi estatus en cuanto a beneficios y cobertura y/o mi atención médica;
- proporcionar otros servicios de apoyo de HFX Access, información sobre un producto Nevro y apoyo relacionado para el paciente, o analizar la cobertura del seguro o los patrones de reembolso o la efectividad de los productos o servicios de Nevro; y
- notificar información de seguridad, incluso a la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (*U.S. Food and Drug Administration*).

RECONOCIMIENTOS. Los hospitales, centros médicos, planes de salud y proveedores individuales (p. ej., los médicos) podrán estar sujetos a la HIPAA u otras leyes de privacidad y tienen la obligación legal de mantener la confidencialidad de su información. Si usted autorizó revelar su información a un tercero que no esté sujeto a la HIPAA u otras leyes de privacidad o que no tenga la obligación legal de mantener su confidencialidad, es posible que dicha información deje de estar protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales; en tal caso se podría permitir su ulterior revelación según las leyes de privacidad federales y estatales.

SUS DERECHOS. Esta autorización para revelar su información es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización, excepto en los casos siguientes: 1) para obtener apoyo de reembolso por Nevro para los pacientes que deseen recibir el tratamiento EME, incluso realizar una investigación de beneficios u obtener una autorización previa al tratamiento por parte de su proveedor de seguros; (2) para generar información médica que se entregará a un tercero; o (3) para administrar un tratamiento relacionado con una investigación. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

PLAZO DE VIGENCIA. Esta autorización se vence dos años después de la fecha de la firma, a menos que se revoque antes por escrito. Esta autorización seguirá teniendo pleno vigor y efecto hasta dicho vencimiento, y además da permiso para que mis proveedoras y plan(es) de salud revelen todo expediente adicional que estos creen u obtengan después de la fecha presente.

REVOCACIÓN. Esta autorización podrá revocarse en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito, tener su firma o la de su representante y entregarse a: Privacy Officer, Nevro Corp., 1800 Bridge Parkway, Redwood City, CA 94065. Toda revocación será efectiva únicamente después de que el encargado de la privacidad (Privacy Officer) de Nevro la reciba y registre; por lo tanto, no se aplicará a ningún uso o revelación de mi información que se hubieran hecho de conformidad con esta autorización antes de la revocación.

HFX ACCESS. Tenga en cuenta que lo siguiente será obligatorio antes de que se pueda iniciar el apoyo de HFX Access: (1) esta autorización firmada y validada por parte del paciente/representante; y (2) un formulario de ingreso llenado, además de la información médica solicitada del (de los) proveedor(es) de atención médica remitente(s). Usted podrá enviar esta autorización llenada a su médico, ya sea por correo electrónico: HFXAccess@nevro.com o por fax: 650.252.1400. Si tiene preguntas, llame el personal de HFX Access al 650.251.0005.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre de Pila		Apellido	
Nombre en el momento del tratamiento (si difiere del anterior):			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Teléfono:	Correo electrónico (opcional):	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿A QUIÉNES DESEA ENVIAR LA INFORMACIÓN?

Nombres de los destinatarios: Personal de HFX Access de Nevro Especialista del dolor:	Número de fax protegido de Nevro: 650.252.1400 Correo electrónico protegido de Nevro: HFXAccess@nevro.com
---	---

Firma del paciente o representante legal*	Fecha
	
Relación del firmante con el paciente: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Representante	
Nota: Si este formulario lo firma un representante personal, este garantiza que tiene autoridad para firmarlo sobre la base de lo siguiente:	

Autorización para recibir información adicional

Doy mi consentimiento para que Nevro Corp. ("Nevro") se comunique conmigo en relación con el apoyo de HFX Access por los siguientes medios:

Correo postal Teléfono Texto al: _____ Correo electrónico

¿Medio de comunicación preferido?

Firma del paciente o representante legal*	Fecha
	
Relación del firmante con el paciente: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Representante	
Nota: Si este formulario lo firma un representante personal, este garantiza que tiene autoridad para firmarlo sobre la base de lo siguiente:	