

## Formulario de inicio del tratamiento

Autorizo a mis proveedores de atención médica y a mis planes de salud a divulgar información personal y médica relacionada con mi utilización o posible utilización de Sabril (vigabatrina) a Lundbeck, sus agentes y contratistas. Además, autorizo a Lundbeck a utilizar y divulgar esta información para: 1) definir si cumpla con los requisitos de beneficios; 2) comunicarse con mis proveedores de atención médica y planes de salud acerca de la condición de mis beneficios y cobertura así como de mi atención médica; 3) prestar servicios de apoyo, incluido el hecho de facilitarme el suministro de Sabril; 4) evaluar la eficacia de los programas de capacitación sobre Sabril; y 5) participar en el Registro de pacientes de Sabril. Acepto que, mediante la información de contacto que proporciono, Lundbeck puede comunicarse conmigo por motivos relacionados con el programa SHARE y puede dejarme mensajes en los que se divulgue que tomo Sabril.

Comprendo que, una vez que mi información de salud se haya divulgado a Lundbeck, es posible que las leyes de privacidad ya no restrinjan su utilización ni divulgación; sin embargo, Lundbeck acepta proteger mi información utilizándola y divulgándola únicamente para los fines descritos con anterioridad o según lo exija la ley. También puedo cancelar esta autorización en el futuro notificando a Lundbeck por escrito y enviando un fax al 1-877-742-1002 o llamando al 1-888-457-4273. Si cancelo, Lundbeck dejará de utilizar o divulgar mi información para los fines indicados con anterioridad, excepto según lo exija la ley o según sea necesario para la finalización ordenada de mi participación en el programa SHARE. Tengo derecho a una copia de la presente autorización firmada, la cual vence a los 10 años de la fecha de mi firma. También certifico que la información proporcionada acerca de la condición del seguro es completa y precisa, y que notificaré con prontitud al Centro de atención telefónica de SHARE si hubiera algún cambio.