



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y COMUNICACIONES DE MIRUM

P.O. Box 4487, St. Louis, MO 63006

Teléfono: 1-855-MRM-4YOU | 1-855-676-4968 | Fax: 1-855-282-4884 | Lunes a viernes: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este

Devuelva el formulario completado a P.O. Box 4487, St. Louis, MO 63006 o por fax al 1-855-282-4884. También puede devolver este formulario de consentimiento a su médico para que lo envíe por fax en su nombre.

Autorización para compartir información médica protegida

Al firmar esta autorización, yo (o mi representante) autorizo a mis proveedores de atención médica, planes de salud y farmacias (en conjunto, "Organizaciones de Atención de la Salud") a usar y compartir mi información personal y médica relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura del seguro (mi "Información Médica") con Mirum Pharmaceuticals, Inc., sus filiales, agentes y representantes (en conjunto, "Mirum") (i) para que se comuniquen conmigo o con mis organizaciones de atención de la salud, u otras personas identificadas por mí, acerca de mi enfermedad o tratamiento; (ii) para que trabajen con mi aseguradora y otras posibles fuentes de financiación para tratar de ayudarme a conseguir la cobertura, el reembolso o el pago del medicamento solicitado por mi médico que emite la receta; (iii) para que me deriven e inscriban en programas de apoyo al paciente y/o de asistencia financiera; (iv) para que trabajen con terceros para proporcionar recursos comunitarios y derivaciones; (v) para que me proporcionen materiales, información y servicios relacionados con mi terapia farmacológica y formas de ayudarme a mantener mi tratamiento recetado; (vi) con fines de investigación de mercado; (vii) para que mejoren, desarrollen y evalúen productos, servicios, programas o tratamientos relacionados con mi enfermedad; (viii) para que usen datos agrupados anonimizados para investigaciones o publicaciones; o (ix) según lo exija o permita la ley. Entiendo que, una vez divulgada de conformidad con esta autorización, mi información de salud puede dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales, y podría divulgarse a otros; pero entiendo que Mirum hará todo lo razonablemente posible para mantenerla privada y revelarla solo con los fines establecidos en esta autorización. Entiendo que se le puede pagar a mi farmacia para que comparta mi información con Mirum según lo permitido en virtud de esta autorización.

Comunicaciones de Mirum

Autorizo a Mirum a comunicarse conmigo por correo postal, teléfono (incluido correo de voz) o correo electrónico con fines educativos y de comercialización, lo que incluye comunicarse conmigo con fines de investigación de mercado sobre terapias de Mirum o sobre Mirum. Entiendo y acepto que Mirum puede utilizar cualquier información proporcionada por mí para ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas.

Acepto que entiendo que mi autorización es voluntaria y que ni Mirum ni ninguno de mis proveedores de atención médica, planes de salud ni farmacias pueden condicionar mi tratamiento, pago del tratamiento, inscripción o elegibilidad para beneficios, incluida mi elegibilidad para recibir productos de Mirum, al hecho de que proporcione o no mi autorización. Sin embargo, si no doy mi autorización, no podré recibir los servicios y el apoyo de Mirum descritos anteriormente. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida durante 10 años después de la fecha que se establece a continuación o en una fecha anterior según lo exija la ley aplicable, a menos que la revoque antes cancelando mi inscripción por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento comunicándome con el representante de Mirum en privacy@mirumpharma.com.

Entiendo que mi cancelación no se aplicará al uso o divulgación de mi información de salud realizados por parte de mis proveedores de atención médica, planes de salud o farmacias antes de que reciban el aviso de mi cancelación. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Nombre y apellido, en letra de imprenta, del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA) _____

Nombre, en letra de imprenta, del representante autorizado del paciente (si corresponde) _____

Firma del paciente o del representante autorizado del paciente _____

Si es el representante, relación con el paciente:

Padre/Madre/Tutor legal Representante por poder notarial Cónyuge

Fecha _____

