

**Autorización del paciente para el acceso a servicios de atención médica para el
PROCEDIMIENTO INTRACEPT™**

Su médico ha determinado que el procedimiento Intracept es médicaamente necesario para tratar su enfermedad. Con el fin de facilitar su acceso a este tratamiento, Boston Scientific, Inc. ("BSC"), fabricante de Intracept, puede brindarle asistencia relacionada con la cobertura de seguros y el reembolso.

Para ello, BSC necesitará utilizar su **información médica protegida**. Mediante esta Autorización, usted permite que sus proveedores de atención médica, planes de salud y aseguradoras de salud divulguen dicha información a BSC y a sus representantes.

BSC brinda estos servicios con el objetivo de facilitar el acceso al procedimiento Intracept. En caso de que usted o su médico determinen que otro tratamiento es más adecuado, BSC suspenderá todos los servicios y notificará a todas las partes involucradas en consecuencia.

Autorización y firma

Autorizo a mi médico, al consultorio de mi médico y a cualquier otro proveedor de atención médica, así como a mis planes de salud y aseguradoras de salud, a divulgar mi información médica protegida a BSC, sus agentes y representantes, según lo soliciten. La **información médica protegida** incluye, entre otros datos, información relacionada con mi afección médica, tratamiento, gestión de la atención, seguro de salud e historia clínica.

La información se utilizará para los siguientes fines:

- ayudar a determinar si cumplo los requisitos para recibir beneficios relacionados con el procedimiento Intracept;
- comunicarse conmigo y con mis proveedores de atención médica, mis planes de salud y mis aseguradoras de salud sobre mi atención médica y cobertura relacionada con el procedimiento Intracept;
- facilitar la cobertura y el reembolso del procedimiento Intracept por parte de mi aseguradora de salud.

Asimismo, autorizo a BSC y a sus representantes a contactarme directamente sobre estos asuntos.

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta Autorización está sujeta a una nueva divulgación por parte de BSC para los fines establecidos anteriormente y ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y sus reglamentos de implementación).

Entiendo que: (1) mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no están condicionados a que firme esta Autorización y que la firmo voluntariamente; (2) tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización; (3) BSC no garantiza que se realizará la cobertura del seguro, el reembolso o cualquier otro pago: la aseguradora de salud correspondiente es la única responsable de determinar los beneficios y, en última instancia, yo soy responsable del costo de mi atención, y (4) puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando mi solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Boston Scientific, Inc.
Attn: VP Health Economics and Reimbursement
7201 Metro Blvd. Suite 300
Edina, MN 55439

No obstante, dicha revocación no se aplicará a la información ya utilizada o divulgada conforme a esta Autorización. La presente Autorización vencerá automáticamente cinco (5) años después de la fecha de la firma indicada a continuación.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____
Fecha de nacimiento del paciente: _____

Empleador que proporciona la cobertura de seguro (si corresponde): _____
Aseguradora: _____ N.º de grupo _____ N.º de miembro _____

BSC desea enviarle actualizaciones periódicas sobre el estado de su solicitud de seguro por correo electrónico. Su dirección de correo electrónico no se utilizará para ningún otro fin que no esté relacionado con el Programa de acceso de pacientes de Intracept.

Correo electrónico: _____

El procedimiento Intracept es el único tratamiento aprobado por la FDA para la ablación del nervio basivertebral. Una determinación positiva de cobertura puede no aplicarse a otras opciones de tratamiento. Un cambio en las opciones terapéuticas por parte de usted y su médico puede generar costos significativos no cubiertos por su seguro.

Para conocer las indicaciones y exenciones de responsabilidad de Intracept,
visite BostonScientific.com/PAIN.

NM-2039324-AA