

## Autorización en virtud de la ley HIPAA para usos y divulgaciones de información médica protegida y consentimiento para la inscripción

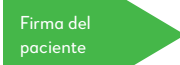
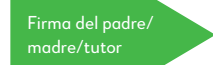
- Autorización de usos y divulgaciones.** Por la presente autorizo y ordeno (1) a todos los profesionales de atención médica y farmacias implicados en mi atención y tratamiento, así como a sus empleados, personal de oficina y agentes, incluidos los profesionales de atención médica afiliados (colectivamente "Proveedores"), y (2) planes y seguros médicos (colectivamente "Seguros") a usar y divulgar mi "información médica protegida" ("Información"), tal como se describe a continuación, a Albireo Pharma, Inc. (colectivamente "Albireo") y a sus representantes y contratistas. También autorizo expresamente todos los usos y divulgaciones descritos en el presente documento en los casos en que la Información sea proporcionada a Albireo por mí.
- Descripción de la información.** Entiendo que mi información incluye, entre otros datos, mi nombre, fecha de nacimiento y otros datos e identificadores personales (incluida mi dirección), información médica e historias clínicas, incluida la información sobre mi estado de salud y tratamiento, así como información financiera (incluida la información sobre mi seguro), así como otra información personal recopilada por los Proveedores y/o los Seguros sobre mí o proporcionada por mí a Albireo.  
Entiendo que mi farmacia, seguros médicos y proveedores externos pueden recibir remuneración (pago) de Albireo Pharma Inc. a cambio de divulgar mi información personal a Albireo Pharma Inc. y/o de proporcionarme servicios de apoyo para los fines descritos anteriormente.
- Fines.** Autorizo y ordeno a los Proveedores y/o seguros a utilizar y divulgar mi información a Albireo para los siguientes fines:
  - Utilizar y administrar programas de acceso a medicamentos, incluidos, entre otros, Albireo Assist.
  - La coordinación del cumplimiento de recetas a través de farmacias.
  - Programas de adherencia y cumplimiento de los medicamentos.
  - Solicitar mi participación en programas de divulgación y defensa de pacientes.
  - Otros fines relacionados con la atención al paciente y el acceso o actividades similares.
- Comunicación.** Al firmar a continuación, autorizo el uso de mi información para Albireo a ponerse en contacto conmigo acerca de mi receta y actividades relacionadas.
- Caducidad.** A menos que se revoque, esta autorización permanecerá en vigor durante 10 años (o una fecha más temprana que pueda requerir la ley estatal).
- Revocación.** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización mediante la solicitud por escrito a Albireo a 10 Post Office Square (A/A: Patient Support), Suite 1000, Boston, MA 02109, pero entiendo que dicha revocación no será efectiva con respecto a la información que ya se haya utilizado y/o divulgado según esta autorización.
- Tratamiento no condicionado; la firma es voluntaria.** Entiendo que los Proveedores, seguros y/o Albireo no condicionarán mi tratamiento a que yo firme esta autorización. Puedo decidir no firmar esta autorización. Sin embargo, si decido no firmar, Albireo no podrá ayudarme con los distintos programas de acceso y otras actividades descritas anteriormente en la Sección 3.
- Posibilidad de volver a divulgar.** Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta Autorización puede ser divulgada de nuevo por Albireo y puede que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA"), una ley federal sobre privacidad.
- Copia.** Entiendo que se me proporcionará una copia de esta autorización firmada por Albireo, previa solicitud.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

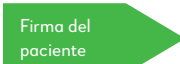
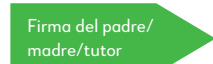
### Autorización del paciente (cumplimente ambas secciones)

- Si marco esta casilla, también autorizo el uso de mi información para actividades de comercialización de Albireo y doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de comercialización y promocionales de Albireo, incluida la información sobre oportunidades de participar en estudios de mercado.

#### Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el uso de mi información médica protegida como se ha descrito anteriormente.

Nombre del paciente/padre/madre o tutor (si el paciente es menor de 18 años de edad) (en letra de imprenta)	Nombre del padre/madre o tutor adicional (si el paciente es menor de 18 años de edad) (en letra de imprenta)
	
Firma del paciente/padre/madre/tutor/representante personal      Fecha	Firma del padre/madre/tutor/representante personal adicional      Fecha
Descripción de la relación con el paciente	Descripción de la relación con el paciente

#### Al firmar a continuación, me inscribo en Albireo Assist. Por la presente doy mi consentimiento a Albireo, sus filiales y agentes para que me envíen comunicaciones a través de la información de contacto que he proporcionado a Albireo, incluida la dirección postal, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono (a efectos de llamadas de voz y/o mensajes de texto). Entiendo que este consentimiento estará en vigor hasta que cancele dicha solicitud. Por la presente certifico que he leído lo anterior y entiendo completamente el contenido.

Nombre del paciente/padre/madre o tutor (si el paciente es menor de 18 años de edad) (en letra de imprenta)	Nombre del padre/madre o tutor adicional (si el paciente es menor de 18 años de edad) (en letra de imprenta)
	
Firma del paciente/padre/madre/tutor/representante personal      Fecha	Firma del padre/madre/tutor/representante personal adicional      Fecha
Descripción de la relación con el paciente	Descripción de la relación con el paciente