

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Mediante el presente documento, solicito a Laboratorio TUTEUR S.A.C.I.F.I.A (en adelante "Tuteur") mi ingreso como participante en el Programa de Apoyo a Pacientes denominado "PUENTES" tal como se detalla en el presente consentimiento informado (en adelante, el "Programa").

Dejo constancia de haber recibido información sobre el funcionamiento del Programa y comprendo que el mismo ofrece una variedad de beneficios diseñados para respaldar a cada paciente a lo largo de las diferentes etapas de su condición. Estos beneficios incluyen, entre otros, la provisión de información oral y escrita relacionada con la enfermedad y la adhesión al tratamiento, directrices sobre la conservación de los productos recetados por el médico tratante, asesoramiento sobre el uso de dispositivos médicos (si corresponde) e información sobre las gestiones necesarias para acceder a la medicación que requieran.

Además, se me ha informado sobre los siguientes aspectos del Programa, los cuales declaro entender y aceptar:

- Mi participación en el Programa es completamente voluntaria, gratuita y puedo retirarme del mismo en cualquier momento. La desvinculación del Programa solo implica la pérdida de los beneficios proporcionados por Tuteur, sin afectar en modo alguno el curso de mi tratamiento.
- Los beneficios del Programa pueden variar y ser modificados por Tuteur tanto en términos de disponibilidad como de contenido.
- Al firmar este consentimiento informado (en adelante, el "Consentimiento"), otorgo a Tuteur la autorización para registrar y tratar mis datos personales con el propósito de ofrecerme los beneficios disponibles en el Programa (los cuales, en ninguna circunstancia, incluirán asesoramiento médico o legal). Tuteur podrá contactarme a mí y a mi médico tratante si se requiere información adicional relacionada con mi tratamiento. Asimismo, podrá utilizar los datos del Programa para la realización de publicaciones, siempre garantizando la disociación irreversible de la información publicada con mi identidad.
- Los datos personales que proporciono se mantendrán en estricta confidencialidad y solo se utilizarán con el fin de brindarme los beneficios del Programa y para fines estadísticos de seguimiento del mismo. Además, estos datos podrán ser compartidos con terceros, como droguerías, farmacias o entidades de salud, para fines operativos relacionados con la implementación del Programa. Tuteur podría utilizar los datos estadísticos, siempre garantizando la disociación irreversible de mi identidad y/o utilizando datos numéricos o porcentuales, con el fin de mejorar la eficiencia de sus operaciones en diversas áreas de trabajo. Ninguno de los autorizados por el presente compartirá ni revelará mis datos personales con terceros ajenos a Tuteur, más allá de lo estipulado en este Consentimiento.

Entiendo que, como participante del Programa, tengo el derecho de acceder a mis datos personales de forma gratuita en cualquier momento, así como de solicitar su actualización, rectificación, eliminación o la prohibición de su uso futuro comunicándome con el Programa de Soporte al Paciente de TUTEUR, teléfono 0800-333-3551 correo electrónico: puentes@tuteurgroup.com

- La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales es la entidad encargada de supervisar el cumplimiento de la Ley N° 25.326 de protección de datos personales y de atender denuncias y reclamos relacionados con el incumplimiento de las normativas sobre la protección de datos personales.
- El Programa es de acceso libre, gratuito y voluntario, patrocinado por Tuteur. Tuteur se reserva el derecho de suspender, terminar o modificar el Programa en cualquier momento y sin previo aviso. Cualquier decisión de este tipo no me otorgará ningún derecho adicional y no afectará el tratamiento prescrito por mi médico tratante.

Por tanto, **otorgo mi conformidad y autorizo** a Laboratorio TUTEUR S.A.C.I.F.I.A y a terceros contratados por dicha empresa para administrar y dar seguimiento al Programas de Apoyo a Pacientes a registrar, tratar y gestionar mis datos personales o los de mi representado/a, según corresponda, incluyendo datos sensibles relacionados con la salud, y a contactarme con el fin de proporcionarme o proporcionar a mi representado/a los beneficios disponibles en el Programa.

Solicito ser contactado por el Programa y, en caso de ser miembro de este, recibir los beneficios y los materiales relacionados con el mismo.