

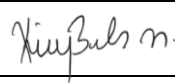

	GESTIÓN DE PROGRAMA DE SOPORTE Y EDUCACIÓN AL PACIENTE	Fecha Aprobación	04/10/2023
	CONSENTIMIENTO INFORMADO FUNDACIÓN FUNDEM	Versión	3
	02-03-CN-01	Página	1 de 2

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN Y REFRENDACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES AVISO DE PRIVACIDAD

Yo _____, mayor de edad, en mi calidad de paciente _____, o de representante legal del paciente _____ o cuidador _____ identificado(a), como consta al pie de mi firma, declaro libre y voluntariamente lo siguiente:

1. Que me han sido explicadas de forma clara, precisa, comprensible y suficiente las políticas y actividades que se realizan en el Programa, así como los beneficios, términos y condiciones de este y que de forma libre y voluntaria acepto participar en él y entiendo que **FUNDACIÓN FUNDEM**, podrá terminar el Programa cuando así lo considere necesario y sin previo aviso.
2. Que se me ha informado que el Programa no tiene un fin o propósito comercial, que mi vinculación al programa es voluntaria y gratuita y además que podré retirarme en cualquier momento del Programa previo aviso y sin justificación alguna. También se me ha informado que para mi participación es necesario suscribir el presente consentimiento informado y autorizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles.
3. De acuerdo con lo anterior, autorizo que mis datos personales y datos personales sensibles sean incluidos en la base de datos del Programa y utilizados solo para el desarrollo de las actividades de este las cuales consisten en: **(i)** Contactarme telefónicamente para hacer seguimiento a mi adherencia al producto y para vigilar efectos secundarios asociado al uso de producto, reportar eventos adversos, educarme en el manejo de efectos secundarios y de signos de alarma y atender peticiones, quejas o reclamos en el uso del producto. **(ii)** Informar a mi médico tratante sobre mi estado de salud y adherencia al producto **(iii)** realización de estadísticas a fin de mejorar el servicio del programa y mi satisfacción dentro de él. **(iv)** recibir charlas y talleres de educación en cómo mejorar mi calidad de vida y cómo vivir con la patología. **(v)** Realizar las gestiones y trámites administrativos que haya lugar para lograr mi adherencia terapéutica.
4. Que he sido informado que, en caso de proporcionar al Programa, información sensible como lo es la relacionada con mi estado de salud, medicamentos prescritos, patología, entre otros, dicha información será mantenida de forma reservada, sin embargo, dicha información podrá ser compartida con terceros para cumplir con los objetivos del programa.
5. Que entiendo que mis datos personales y datos personales sensibles serán procesados por **FUNDACIÓN FUNDEM**. Además, declaro que fui informado que en todo caso mis datos personales y datos personales sensibles podrán ser utilizados tanto dentro, como fuera del país, con fines estadísticos en beneficio mío y de otros pacientes. Así pues, de manera expresa, autorizo que mis datos personales y sensibles se transmitan, transfieran y/o compartan a compañías filiales, subordinadas o la casa matriz, así como a terceros proveedores relacionados con el Tratamiento (procesamiento, manejo, administración y/o análisis de los Datos), inclusive a los países que no tengan implementados o expedidas legislaciones de protección de datos equivalentes a la legislación colombiana. De igual forma autorizo que mis datos se puedan utilizar para: (i) realizar estudios de mercado, así como encuestas de índole comercial, técnico y/o publicitario; (ii) ofrecer productos y/o servicios propios o de terceros; Que entiendo que mis datos personales y datos personales sensibles también podrán ser compartidos con mi médico tratante, operador logístico, EPS, así como con enfermeras que necesiten contactarme para proporcionarme los servicios del Programa y que, en todos los casos, mis datos personales y datos personales sensibles serán utilizados exclusivamente para las finalidades señaladas anteriormente.
6. Que acepto participar en estudios clínicos relacionado con las patologías y productos y en consecuencia que mis datos personales y datos personales sensibles sean objeto de investigación científica por parte de **DANONE BABY NUTRITION COLOMBIA SAS** y que los resultados de dichas investigaciones sean utilizados en publicaciones científicas.
7. Que entiendo que, en cualquier caso, mis datos personales y datos personales sensibles serán manejados bajo estrictas medidas de seguridad y confidencialidad.
8. Que entiendo y acepto que el Programa no es una entidad y/o institución prestadora de servicios de salud ni un centro de atención en salud. De forma que, el Programa no es responsable por mi salud, ni tiene por finalidad diagnosticar ni reemplazarlas recomendaciones, tratamiento y/o las órdenes de mi médico tratante relacionadas con mi salud, mi tratamiento o los medicamentos que me han sido formulados.
9. Que la información que ha suministrado en este formulario es veraz, completa y actualizada.
10. Que se comprometo a mantener actualizada la información proporcionada en este formulario, así como a informar cualquier cambio en los datos aquí consignados.
11. Que se me ha informado que los datos proporcionados al programa serán tratados de acuerdo con la política de datos personales publicada en la página web de **FUNDACIÓN FUNDEM** en el siguiente link: <https://fundem-co.org>

		
Elaboró: Leonardo A. Pinzón B.	Revisó: Mauricio González	Aprobó: Xiomary Bermudez
Cargo: Coordinador de Calidad	Cargo: Subdirector de Operaciones	Cargo: Director Ejecutivo
Fecha: 03/10/2023	Fecha: 03/10/2023	Fecha: 04/10/2023

	GESTIÓN DE PROGRAMA DE SOPORTE Y EDUCACIÓN AL PACIENTE	Fecha Aprobación	04/10/2023
	CONSENTIMIENTO INFORMADO FUNDACIÓN FUNDEM	Versión	3
	02-03-CN-01	Página	2 de 2

12. Que se me ha explicado que el objetivo del programa es dar soporte a los pacientes para el acatamiento de su tratamiento y la adherencia al mismo. Los programas son realizados y dirigidos por FUNDACIÓN FUNDEM quien es contratado en nombre de DANONE BABY NUTRITION COLOMBIA SAS.

Definición: El programa se define como: Un Programa de Apoyo al Paciente (PSP) diseñado para apoyar a los pacientes recetados con el producto comercializado por DANONE BABY NUTRITION COLOMBIA SAS, a través de un producto y / o apoyo orientado a la enfermedad.

13. Se me ha informado que los servicios de apoyo dentro del programa de apoyo a pacientes pueden variar según el tipo de programa, incluyendo, pero sin limitarse a:

- Capacitación en la patología.
- Capacitación en el manejo de insumos médicos.
- Asistencia administrativa.
- Apoyo social.
- Planes de nutrición.
- Apoyo psicológico o emocional.
- Actividades diversas para el beneficio de la salud y hábitos de vida saludable.

14. Conoce y acepta que el programa no reemplaza las visitas al médico tratante. **FUNDACIÓN FUNDEM** y sus representantes no suministrará información que forme parte de la relación médico / paciente; simplemente ofrecen un servicio de capacitación y / o financiero que no sustituirá el asesoramiento médico en ningún momento, en consecuencia, no asume ninguna responsabilidad derivada del ejercicio de la actividad médica toda vez que no la ejerce.

15. Conoce y acepta que la inscripción al programa PSP no genera costo alguno por tanto es optativa, voluntaria y gratuita, por ende, no recibirá remuneración o dadas por su participación.

16. Que entiendo que, como titular de los datos personales, y datos personales sensibles podré ejercer, en cualquier momento mis derechos, consagrados en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como son los de conocer, actualizar, rectificar, modificar, acceder, solicitar la supresión de mis datos personales, o revocar la autorización otorgada, salvo que tenga algún deber legal de permanecer en la base de datos, o que mis datos sean requeridos para el cumplimiento de obligaciones contractuales. Para cualquier solicitud o requerimiento relacionado con los Datos Personales proporcionados entiendo que podré contactar al teléfono: **(+57) (1) 743 2700**.

Nombre del paciente: _____

Firma del Paciente (si es mayor de edad): _____

C.C. o número de identificación: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del Representante legal/cuidador (si aplica):

Nombre del representante: _____

C.C. o número de identificación: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DD	MM	AAAA
----	----	------