

## CHILE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Por medio de la presente, solicito a Laboratorio Varifarma Chile S.P. A. (en adelante “Varifarma”) el ingreso como participante del Programa de Soporte a Pacientes indicado en este consentimiento informado (en adelante, el “Programa”):

Dejo constancia que me han informado sobre el funcionamiento del Programa y entiendo que el mismo ofrece diferentes beneficios orientados a apoyar a cada paciente y a poder acompañar las distintas etapas de su condición, los cuales incluyen, entre otros, información oral y escrita relacionada con la enfermedad y la adherencia al tratamiento, datos sobre la conservación del producto indicado por el médico tratante, consejos sobre el modo de utilización de los dispositivos médicos (en caso de corresponder) e información sobre las gestiones necesarias para el acceso a la medicación.

Asimismo, me han informado acerca de las siguientes consideraciones, las cuales entiendo y acepto de conformidad:

- La participación en el Programa es libre, voluntaria y gratuita, pudiendo retirarme del mismo en cualquier momento. La desvinculación del Programa sólo implicará la exclusión de los beneficios patrocinados por Varifarma, pero de ningún modo afectará el curso de mi tratamiento.
- Los beneficios del Programa pueden variar de tiempo en tiempo tanto en cuanto a su disponibilidad como a su contenido.
- Al suscribir este consentimiento informado (en adelante el “Consentimiento”), autorizo a Varifarma a registrar y tratar mis datos personales a los fines de brindarme los beneficios disponibles en el Programa (los cuales en ningún caso consistirán en asesoramiento de índole médica y/o legal); a contactarme a mí, a mi médico tratante en caso que sea necesaria información adicional sobre relacionada con mi tratamiento; a utilizar los datos provenientes del Programa a los fines de realizar publicaciones siempre bajo la restricción de que dichas publicaciones sean realizadas bajo la modalidad de disociación irreversible, es decir que nadie podrá relacionar la información de la publicación con mi persona.
- Los datos personales proporcionados serán mantenidos en forma confidencial y sólo serán utilizados por Varifarma para brindarme los beneficios del Programa y para fines de seguimiento estadístico del Programa; sin perjuicio de ello, dichos datos podrán ser proporcionados por Varifarma a un tercero para fines operativos en el marco de la implementación del Programa (se entenderá como “tercero” a droguería, farmacia o financiador de salud). Adicionalmente a esta finalidad, Varifarma podría utilizar datos estadísticos sólo con el fin de optimizar la eficiencia de la gestión en sus distintas áreas de trabajo, siempre que los datos utilizados queden sometidos a la mencionada disociación irreversible de mi identidad y/o se trate de datos porcentuales o numéricos, evaluados como muestra, en los que no obren mis datos personales. Ninguno de los autorizados por el presente revelará o compartirá mis datos personales con terceros ajenos a Varifarma fuera de los límites del presente Consentimiento.
- Entiendo que como participante del Programa puedo ejercer el derecho de acceso a los datos personales que he proporcionado en forma gratuita y en cualquier momento, así como también puedo requerir actualizarlos, rectificarlos, solicitar que no sean utilizados en el futuro y/o eliminarlos de la base de datos

del Programa. Para ello debo comunicarme con el Programa de Soporte al Paciente de Varifarma. Teléfono: 00 1866 978 8366.

- **El SERNAC (Servicio Nacional de Protección al Consumidor) es el órgano de control de la ley N° 19.628** (de protección de datos personales) y tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.
- El Programa es de acceso libre, gratuito y voluntario patrocinado por Varifarma. Varifarma se reserva el derecho de suspenderlo y/o terminarlo y/o modificarlo, en cualquier momento y sin previo aviso, sin que tal decisión me otorgue derecho alguno y sin que dicha suspensión y/o terminación y/o modificación afecte de manera alguna el tratamiento indicado por mi médico tratante.

**PRESTO CONFORMIDAD Y AUTORIZO** al Laboratorio Varifarma Chile S.P. A. y a los terceros contratados por dicha compañía para la administración y seguimiento de Programas de Soporte a Pacientes a registrar, tratar y administrar mis datos personales o los de mi representado/a, según corresponda (incluyendo datos sensibles relacionados con la salud) y a contactarme a los fines de brindarme, o brindarle a mi representado/a, los beneficios disponibles en el Programa, los cuales en ningún caso consistirán en asesoramiento de índole médica ni legal.

Solicito ser contactado por el Programa y en caso de pertenecer al mismo, recibir los beneficios y los materiales correspondientes al mismo.