



Anexo: Consentimiento Informado de la Paciente para el “Programa Proteger” en Chile.

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Medicación utilizada: _____

Nombre Médico Oncólogo: _____

Nombre del Médico Medicina Reproductiva: _____

Los Servicios del Programa Proteger

Laboratorios Ferring Productos Farmacéuticos SpA (en adelante “Ferring”) ha dispuesto a nivel nacional el desarrollo del “Programa Proteger” (en adelante denominado el “Programa Proteger”), para mujeres que padezcan cáncer. El Programa Proteger, a través del médico tratante y dentro del marco legal aplicable, contempla la entrega en forma gratuita de los Medicamentos necesarios para la estimulación ovárica de mujeres con indicación oncológica de preservación de óvulos propios.

Los medicamentos comercializados por Ferring incluidos en Proteger son exclusivamente: Menopur 75® - Bravelle® - HMG Ferring® - Follitrin® - Gonacor®, marcas registradas de propiedad de Ferring BV (en conjunto denominados los “Medicamentos”).

Mediante la suscripción del presente instrumento, usted declara y garantiza lo siguiente:

a) Que en el marco del Programa Proteger, usted ha sido informada, por su médico tratante, sobre la totalidad de requisitos necesarios para acceder a los beneficios del Programa Proteger.

b) Que su médico tratante le ha prescrito uno o más de los Medicamentos con la expresa indicación de “estimulación ovárica para la preservación de óvulos propios por enfermedad oncológica” según la dosis y el criterio de su médico tratante y del prospecto del ISP. Todo ello, conforme los requisitos para acceder al Programa Proteger.

Se deja expresa constancia que la participación en el Programa Proteger de Ferring, solo incluye la entrega de el o los Medicamentos, según sean prescritos por su médico tratante. Ferring no asume obligación alguna respecto de cualquier otra práctica, gastos, etc. que tengan relación con la provisión de los Medicamentos, su uso, los tratamientos de su

enfermedad o los procedimientos para la extracción de óvulos o crio conservación posterior.

Por el hecho que usted participe en el Programa Proteger y suscriba el presente instrumento, se encuentra autorizando expresamente a su médico tratante al uso y tratamiento de sus datos personales y expresamente está autorizándolo a transferir a Ferring dicha información. De esta forma, en definitiva Ferring accederá a la información provista por usted y por su médico tratante con el objeto de controlar y cuantificar el buen funcionamiento del Programa Proteger.

Ferring almacenará, transmitirá, y, en general, tratará de forma segura su información personal, aun cuando esta sea sensible, utilizando tecnologías adecuadas para impedir el acceso no autorizado a dicha información.

En caso de que tenga alguna pregunta sobre el Programa Proteger o en caso de que no haya recibido todavía la información correspondiente a dicho Programa, no deberá suscribir el presente instrumento y le rogamos consulte con su médico especialista a fin que la instruya respecto al Programa Proteger.

Sus datos personales

Según la Ley 19.628 sobre de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos que serán transferidos por su médico tratante a Ferring, y que esta recibirá y tratará son datos personales (en adelante "Datos Personales") protegidos en cuanto a su tratamiento y pueden incluir datos de carácter sensible, para cuyo tratamiento se requiere expresa autorización escrita de la titular.

Cualquier información suya de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos bajo condiciones de seguridad. El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado, que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. De acuerdo a la legislación vigente usted puede revocar su autorización de uso de sus Datos Personales, sin efecto retroactivo, y por escrito, en cualquier momento que lo estime conveniente, teniendo, asimismo, derecho al acceso a sus Datos Personales y a su rectificación y eliminación de los registros en que se mantenga.

Dentro del proceso de entrega de Medicamentos, en el marco del Programa Proteger, Ferring, como responsable del tratamiento de sus Datos Personales recibirá sus Datos Personales señalados en el encabezamiento del presente instrumento y los que constan en la prescripción escrita de su médico tratante, donde constan su nombre, edad, diagnóstico, indicación médica y medicamentos utilizados.

Los Datos Personales serán obtenidos de la prescripción escrita de su médico y usted consiente su almacenamiento, transmisión, tratamiento y uso por parte de Ferring para todos los fines que sean necesarios o convenientes dentro del marco del Programa Proteger.

Uso de los Datos Personales

Ferring podrá recoger y tratar sus Datos Personales (incluyendo los datos de salud) para las siguientes finalidades (las "Finalidades"):

- Cuantificar y controlar el funcionamiento del Programa Proteger
- Extraer información eliminando datos que puedan relacionarla con su persona, convirtiendo la información en información estadística, a ser utilizada por Ferring para los fines de estudio y de prestación de servicios ofrecidos por Ferring, como, asimismo, para desarrollar y mejorar el Programa Proteger.

Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y revocación de autorización en relación con sus Datos Personales dirigiendo una carta firmada a Ferring a la siguiente dirección (Presidente Riesco 5711 oficina 803, Las Condes), adjuntando una copia legible de su Documento de identidad e indicando la dirección a la que Ferring pueda remitirle su contestación.

Es importante que lea y comprenda esta Declaración ya que se le solicitará que la firme en prueba de conformidad de su consentimiento. La negativa de prestar su consentimiento y la autorización de la recolección, tratamiento y uso de sus Datos Personales, significará que no podrá formar parte del Programa Proteger. En caso de que en esta Declaración exista cualquier declaración que usted no comprenda o con la cual usted no esté de acuerdo, le rogamos que se abstenga de suscribir el presente documento, y aclare sus dudas con Ferring Chile y/o su médico tratante antes de firmarlo.

Consiento expresa e inequívocamente al tratamiento y transmisión de mis Datos Personales según se expone en este documento, de conformidad con lo prescrito en la Ley 19.628 y en particular en su artículo 10°.

Nombre de la Paciente: _____

Edad: _____

RUT: _____

Fecha: _____

Nombre del Médico Tratante: _____

Firma de la Paciente Fecha (a rellenar por la paciente)

O

**Representante legalmente autorizado Fecha (a rellenar por el representante)
de la Paciente(1)**

(1) Rogamos adjunte la documentación acreditativa del poder de representación.