

Consentimiento informado

Fecha: Ciudad:

REGISTRO DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: Doc. Identidad: CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Número:

Fecha de Nacimiento: Celular: Teléfono: e-mail:

EPS: Patología:

Medicamento Formulado: ZOLADEx® ☐ FASLODEX® ☐ IRESSA® ☐ FORXIGA® ☐ XIGDUO® XR ☐ BRILINTA® ☐ SYMBICORT® ☐ BYDUREON® ☐

REGISTRO DEL CUIDADOR

Nombres y Apellidos: Doc. Identidad: CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Número:

Parentesco: Celular:

MÉDICO TRATANTE

Nombres y Apellidos: e-mail:

Especialidad: Centro de atención:

Declaro que previamente fui informado de manera clara y adecuada acerca de los siguientes aspectos relacionados con el Programa Caminando Juntos sobre los cuales manifesté estar de acuerdo con lo siguiente:

- Se me ha informado que en desarrollo del Programa **Caminando Juntos** es posible que pueda participar en la realización de algunas pruebas genéticas en relación a las cuales fui informado de sus beneficios y riesgos y, por lo tanto, autorizo el envío de mi material histológico a un laboratorio de Biología Molecular.
- Un profesional de la salud del Programa me dará educación en relación con la enfermedad y su tratamiento de conformidad con la prescripción realizada por mi médico tratante.
- En desarrollo del Programa podré recibir tratamientos de inicio del medicamento recetado por mi médico tratante. No obstante, lo anterior el Programa **Caminando Juntos**, al ser un programa de apoyo, no tiene carácter comercial, de manera que no implica ningún compromiso entre la casa productora de los tratamientos de inicio, pacientes y el cuerpo médico; está basado en los lineamientos éticos respetando decisiones médicas. En todo caso, autorizo para que en desarrollo del Programa, se me remita información relacionada con el medicamento que me ha sido prescrito, así como cualquier elemento de utilidad relacionado con el uso adecuado del medicamento.
- Como parte del acompañamiento educativo del Programa, se me podrá brindar asesoría en el proceso administrativo para solicitar el medicamento prescrito por mi médico tratante a la EPS.
- Igualmente fui informado de que en desarrollo del Programa **Caminando Juntos** podré recibir el servicio de Transporte ocasional a pacientes formulados con los medicamentos inscritos en el Programa como parte del apoyo a pacientes para que asistan a sus citas médicas, radicación de documentos ante la EPS/IPS y exámenes de control.
- Podré acceder de manera parcial o total a las actividades de apoyo antes mencionadas siempre que las mismas hagan parte de las actividades aprobadas por el Programa para el tratamiento o medicamento prescrito por mi médico tratante.

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN O CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS

Por medio del presente documento y de manera previa a la aceptación de participación en el programa, declaro libre y voluntariamente lo siguiente:

- Que el Dr. me ha informado las condiciones y beneficios del Programa **Caminando Juntos**, de AstraZeneca Colombia S.A.S., y en consideración al diagnóstico realizado por mi médico tratante me han informado acerca de los beneficios del Programa **Caminando Juntos**.
- Manifiesto que es mi interés participar en el Programa para recibir total o parcialmente los beneficios que puedo recibir del Programa **Caminando Juntos**.
- Entiendo y reconozco que las actividades realizadas en el Programa **Caminando Juntos**, no reemplazan el diagnóstico, recomendaciones y/o tratamientos prescritos por mi médico.
- Que entiendo que el Programa **Caminando Juntos** busca orientar e informar a los pacientes, sus familias y al grupo de salud sobre el uso adecuado de los medicamentos prescritos, proporcionar información y educación en la enfermedad y brindar información y educación sobre la patología.
- Que fui informado de que el Programa **Caminando Juntos** es realizado por intermedio de la sociedad AXA Asistencia IPS S.A.S., sociedad con NIT. 830.081.501-6, domiciliada en Bogotá D.C.
- Que se me ha informado que el responsable de los Datos Personales será AstraZeneca Colombia S.A.S. y el encargado del tratamiento de los mismos será AXA Asistencia IPS S.A.S.
- Que estoy de acuerdo en suministrar de forma libre y espontánea, al encargado del Programa, información personal, incluida aquella que involucre datos sensibles relacionados con mi salud, con mi tratamiento y con los medicamentos formulados por mi médico tratante, los cuales autorizo a tratar única y exclusivamente para los fines de ejecución de los programas de pacientes.
- Que fui informado de que tengo derecho a: realizar solicitudes en relación con el uso que se de mis datos; conocer, actualizar, rectificar, modificar, sustituir, 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, puedo contactar a las líneas del Programa **Caminando Juntos 018000958020**.
- Fui informado de que el tratamiento de mis datos será realizado bajo estrictas medidas de seguridad y confidencialidad, y ateniendo a lo establecido en la Política de Protección de Datos Personales aplicable a los programas, a la cual podré acceder a <http://www.astrazeneca.com/colombia>.
- Autorizo que en cualquier momento si la entidad responsable lo requiere a que mis datos sean transmitidos a un tercero que podrá actuar como encargado de los datos, para que el tratamiento de los mismos se realice única y exclusivamente con los fines aquí descritos.
- Autorizo al responsable y al encargado del tratamiento de los datos para que directa o indirectamente almacenen y usen, durante mi permanencia en el Programa, la información que yo les suministre, conforme a sus políticas de tratamiento de la información, para fines de contacto, estadísticos, administrativos, médicos o científicos, estando dichas personas y entidades en la obligación de mantener dicha información en confidencialidad y reserva. Igualmente, autorizo al encargado, para que directa o indirectamente comparta mi información, incluyendo los Datos Sensibles con mi Médico Tratante y/o mi EPS y/o mi IPS.
- Se me informó que bajo ninguna circunstancia se proporcionará mis datos personales o datos que permitan identificarme a AstraZeneca Colombia S.A.S., no obstante lo anterior, AstraZeneca Colombia S.A.S. solo podrá tener acceso a los datos personales a través del área de Farmacovigilancia y médica para dar cumplimiento a dichas obligaciones legales.
- Entiendo que el Programa podrá ser suspendido o terminado en cualquier momento dando un previo aviso, sin que esta decisión tenga incidencia o afecte mi tratamiento o la relación con mi médico por lo que no habría lugar a reclamaciones.
- Entiendo que el Programa **Caminando Juntos** al ser un Programa de apoyo no tiene ningún carácter comercial, de manera que no implica ningún compromiso entre el laboratorio, médico y paciente, basados en los lineamientos éticos respetando siempre el criterio médico.
- Que en razón de lo anterior y en cumplimiento a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, como titular de los datos personales tendré derecho a conocer las Políticas de tratamiento de la información de AstraZeneca Colombia S.A.S. y Axa Asistencia IPS.

Firma del paciente

C.C.:

Firma del representante legal/familiar

C.C.: