



## AVISO DE PRIVACIDAD “ENTREGANDO SALUD PACIENTES INMUNOLOGÍA”

En cumplimiento a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la “Ley”), y su respectivo Reglamento, **Sanofi Mexico, S.A. de C.V. y/o Sanofi Pasteur S.A. de C.V.**, con domicilio en Avenida Real de Mayorazgo No. 130, Torre M, Piso 25, Colonia Xoco, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03330, CDMX, (en adelante Sanofi), es el “responsable” de los datos personales que nos proporcione, por lo que hace de su conocimiento el presente Aviso de Privacidad a fin de que conozca cómo tratarán y transferirán sus datos personales.

- **DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACION Y CONTACTO:**
  - Nombre
  - Género
  - Fecha de nacimiento
  - Teléfono de contacto
  - Correo electrónico
  - Dirección (La dirección pudiera utilizarse para el envío del kit de bienvenida al Programa, para que acuda la Enfermera a capacitación en el uso del dispositivo de inyección o para el envío de Originales de Obsequio)
  - Firma autógrafa y/o consentimiento por voz
  - Identificación oficial
  
- **DATOS PERSONALES DEMOGRÁFICOS:**
  - Ciudad y Estado de residencia

Sanofi podrá también tratar datos personales sensibles:

- **DATOS PERSONALES DE SALUD:**
  - Datos que describan su estado de salud físico
  - Nombre y cédula del médico tratante
  - Datos sobre su afiliación a instituciones de salud o aseguradoras, esto para brindarle los beneficios correspondientes al programa
  - Medicamento actual y tratamientos previos
  - Dosis y aplicaciones
  - Peso
  
- **DATOS SOCIOECONÓMICOS:**
  - Promedio de ingresos y egresos familiares mensuales (Para la elaboración de un estudio socioeconómico con lo que se podría determinar si es usted candidato a beneficios adicionales del programa)
  - Información de su póliza de seguro de gastos médicos mayores (Para la asesoría en procesos de probable aprobación de su tratamiento y/o probable apoyo en el pago de coaseguro)

Finalidades del tratamiento: Los datos personales que nos proporcione, serán tratados para las siguientes finalidades:

- a) Para registrarlo vía telefónica, página web u otro medio digital definido por Sanofi al programa de “Entregando Salud Pacientes” y proporcionarle los servicios de soporte del programa.
- b) Para autenticar su identidad vía telefónica, SMS o correo electrónico.
- c) Para darle seguimiento en el programa de apoyo a pacientes denominado “Entregando Salud Pacientes”.
- d) Para comunicarle, enviarle o entregarle educación e información de manera:

## AVISO DE PRIVACIDAD “ENTREGANDO SALUD PACIENTES INMUNOLOGÍA”

- a. Impresa
  - b. Por correo electrónico
  - c. Por SMS
  - d. Por llamadas telefónicas
  - e. Por Whatsapp
- e) Para realizarle encuestas de satisfacción según el padecimiento (a través de llamadas telefónicas, SMS, correo electrónico, whatsapp etc.).
  - f) Para brindarle asesoría en materia de seguros de gastos médicos mayores a través de un tercero.
  - g) Para ofrecerle beneficios que apoyen su apego al tratamiento, por ejemplo, descuentos directos en puntos de venta, originales de obsequio y/o apoyo en el pago de coaseguro de acuerdo con el análisis de su caso.
  - h) Para compartir con su médico tratante información relacionada con las interacciones de usted con el programa o resultados de estudios o interconsultas solicitados por él/ella.
  - i) Para proporcionarle capacitación sobre el uso del dispositivo de inyección a través de personal capacitado.
  - j) Para obtener datos estadísticos del padecimiento (anonimizados) a nivel macro que pudieran ser utilizados para publicaciones de carácter científico, en inteligencia artificial o para la evaluación de los servicios/desempeño del programa y su impacto en la adherencia al tratamiento y/o la calidad de vida de los pacientes.
  - k) Para enviarle o entregarle educación e información relativa a su enfermedad de manera impresa, por correo electrónico, por SMS, whatsapp, presencial, etc.
  - l) Para contactarlo periódicamente y dar seguimiento a su adherencia al tratamiento.
  - m) Para medir la capacidad pulmonar a través de una prueba de Espirometría y una prueba de Óxido nítrico exhalado conocida como FeNO realizados por personal capacitado a petición de su médico tratante de acuerdo con su padecimiento.
  - n) Para brindarle los servicios de estudios de laboratorio/gabinete sin costo y a solicitud de su médico de acuerdo con el perfil y diagnóstico.
  - o) Para compartirle actualizaciones, resultados y noticias relevantes relacionadas al programa mediante campañas de comunicación impresa o digital.
  - p) Para ofrecerle asesoría remota en temas de nutrición y psicológicos a través de un tercero especializado, bajo previa solicitud de su médico tratante.
  - q) Para brindarle consultas oftalmológicas para el monitoreo y seguimiento, bajo previa solicitud de su médico tratante.
  - r) Para utilizar su información anonimizada para realizar métricas y análisis mediante el uso de mecanismos y algoritmos de inteligencia artificial.
  - s) Para invitarle a participar en otras actividades en el futuro como: talleres, eventos o sesiones de educación para temas educativos y/o de obtención de información y/o testimonios, encuestas, estudios observacionales, etc.
  - t) Para proporcionarle Orientación sobre el proceso Institucional que deberá seguir para acceder a su tratamiento dentro de la Institución pública si decide iniciar tratamiento de esa forma.
  - u) Para el reporte de Eventos adversos o quejas técnicas de producto a las áreas de farmacovigilancia y calidad, respectivamente.

### **Transferencia de datos:**

En términos del Artículo 37 de la LFPDPPP, Sanofi podría tener la obligación de transferir sus datos personales a terceros, nacionales o extranjeros sin su previo consentimiento cuando: (i) la transferencia se encuentre prevista por la ley( como es el caso de reacciones adversas, que enviamos a la Secretaría de Salud); y (ii) cuando la transferencia sea necesaria para la prevención o diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios. Así mismo, Sanofi podría remitir datos personales a otras empresas de grupo



## AVISO DE PRIVACIDAD “ENTREGANDO SALUD PACIENTES INMUNOLOGÍA”

Sanofi o bien a proveedores de servicios que nos apoyan logísticamente en algún proceso, de manera enunciativa pero no limitativa a los siguientes proveedores: Origis Consulting S.A.P.I. de C.V. (Proveedor de servicio de Base de Datos/México y descuentos con farmacias/México), Servicios Logísticos Alsera S.A. de C.V.(Proveedor de Envío/Entrega de Original de Obsequio/México, Escotel Especialistas en contacto telefónico SA de CV (Call center, gestoría en procesos de aseguradoras, entrenamiento y aplicación de medicamento, monitoreo y seguimiento de paciente, convenios para la realización de pruebas FeNO y Espirometría/México e interconsultas médicas, asesoría psicológica y nutricional en línea), Quest Diagnostics México S de R.L. de C.V. (Servicios de Estudios de Laboratorio), LMT Conexus Group (para registro desde página web), Punto Pen S.A. de C.V. (Servicio de enfermería Orientación institucional), IPSOS SA de CV (Para estudios de percepción) y Botmaker Inc (Servicio de chatbot).

### Medidas de seguridad:

Sanofi ha adoptado y mantiene las medidas de seguridad, administrativas, técnicas y físicas, necesarias para proteger sus datos personales contra daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso o tratamiento no autorizados.

### Derechos ARCO:

Usted como titular de sus datos personales, tiene derecho a ejercer los **derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (derechos ARCO)**. El ejercicio de los derechos ARCO se podrá llevar a cabo a través del envío de su solicitud, por medio del formato sugerido disponible en [www.sanofi.com.mx](http://www.sanofi.com.mx), en la sección “Derechos ARCO” o en el domicilio ubicado en Avenida Real de Mayorazgo No. 130, Torre M, Piso 25, Colonia Xoco, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03330, Ciudad de México, México. o al correo electrónico: [datos.personales@sanofi.com](mailto:datos.personales@sanofi.com). Para conocer los procedimientos, requisitos y plazos para el ejercicio de derechos ARCO, usted puede ponerse en contacto en las direcciones y/o correos electrónicos arriba citados o bien, visitar nuestra página de Internet [www.sanofi.com.mx](http://www.sanofi.com.mx).

Usted, en su carácter de titular, podrá, dentro de un plazo de cinco días hábiles contados a partir de que proporcionó su información, manifestar su negativa para el tratamiento de sus datos personales para la finalidad de realizar proyectos mercadotécnicos, de publicidad y de prospección comercial o cualquier otra no necesaria para cumplir con la relación jurídica que lo une con **SANOFI**, o en cualquier momento, revocar el consentimiento que nos ha otorgado para el tratamiento de sus datos personales, limitar el uso o divulgación de los mismos, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (derechos ARCO). Para ello, Usted deberá contactar a **Sanofi** a través del correo electrónico [datos.personales@sanofi.com](mailto:datos.personales@sanofi.com), quien ha sido designado específicamente por **SANOFI** como Responsable de la Protección de Datos Personales.

Usted puede en el futuro revocar el consentimiento que haya otorgado a **SANOFI** para el tratamiento de sus datos personales. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará que no le podamos seguir prestando el servicio que nos solicitó, o la conclusión de su relación con nosotros.

Para revocar su consentimiento deberá presentar su solicitud por correo electrónico a la siguiente dirección [datos.personales@sanofi.com](mailto:datos.personales@sanofi.com), o bien, por correo postal a la dirección anteriormente señalada, enviando por escrito su voluntad de revocar su autorización y especificando la actividad para la que haya consentido el tratamiento de sus datos, acompañado de una copia de su identificación oficial con firma y fotografía. La solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición deberá contener y acompañar lo siguiente: (i) el nombre y domicilio o correo electrónico del Titular; (ii) los documentos que acrediten la identidad del Titular, o en su caso, la representación



## AVISO DE PRIVACIDAD “ENTREGANDO SALUD PACIENTES INMUNOLOGÍA”

legal de quien actúe en su nombre (*i.e.* credencial de elector o pasaporte); (iii) la descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que el Titular busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados; (iv) cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales del Titular; (v) especificar claramente si la solicitud es de acceso, rectificación, cancelación u oposición; (vi) el motivo de la solicitud; y (vii) las modificaciones a realizarse en caso de que la solicitud sea para la rectificación de datos personales. Una vez realizada la solicitud, **SANOFI** le comunicará, en un plazo máximo de 20 (veinte) días naturales, contados a partir de la fecha en que haya recibido la solicitud, la determinación adoptada y, en caso de que la misma resulte procedente, se hará efectiva dentro de los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se comunique su procedencia. Lo anterior en el entendido que, los plazos antes referidos podrán ser ampliados en una ocasión, cuando las particularidades del caso así lo ameriten a juicio de **SANOFI**.

**Con el fin de limitar la divulgación y uso de su información personal le sugerimos ponerse en contacto con PROFECO** para solicitar su inscripción en el Registro Público para Evitar Publicidad, que está a cargo de la Procuraduría Federal del Consumidor, con la finalidad de que sus datos personales no sean utilizados para recibir publicidad o promociones de empresas de bienes o servicios. Para mayor información sobre este registro, usted puede consultar el portal de Internet de la PROFECO, o bien ponerse en contacto directo con ésta, llamando al número del REPEP (Registro Público para Evitar Publicidad) 96 28 00 00 para las áreas metropolitanas de las Ciudades de México, Guadalajara y Monterrey o al 01 800 96 28 00 00 para el resto de la República, para lo cual, se utilizará un sistema automatizado que permita la identificación del número que se quiere inscribir o cancelar.

### **Modificaciones o cambios al Aviso de Privacidad:**

Cualquier modificación a este Aviso de Privacidad le será informada oportunamente y antes de la instauración de cualquier cambio en el tratamiento de sus datos, vía correo electrónico y a través de la actualización del presente aviso en nuestra página de internet.

### **Consentimiento al tratamiento de sus Datos Personales**

En el momento en que usted proporcione sus datos personales, usted manifiesta estar de acuerdo con este aviso de privacidad, así como con el tratamiento que SANOFI haga de sus datos personales y datos personales sensibles.

Si, en el futuro usted desea retirar su autorización para el uso de sus datos personales y sensibles de acuerdo a lo establecido en el presente Aviso de Privacidad, agradeceremos enviar un correo electrónico a la siguiente dirección [datos.personales@sanofi.com](mailto:datos.personales@sanofi.com), acompañado de una identificación oficial, en donde manifieste su voluntad, o bien enviando un escrito debidamente firmado por Usted, acompañado de una copia de su identificación oficial vigente con fotografía, por correo postal a la dirección de Sanofi anteriormente señalada en este aviso de privacidad.

En caso de menores de edad (menores de 18 años), o pacientes discapacitados, física o mentalmente para proporcionar su consentimiento, éste debe ser proporcionado por el padre, tutor o representante legal, en la contraparte de este formato.

### **CONSENTIMIENTO DE REGISTRO EN EL PROGRAMA**

El registro al programa es totalmente voluntario y gratuito. Tenga en cuenta que no se le pagará por su participación en el programa. Usted es completamente libre de aceptar o rechazar dicha participación. Si decide participar en este programa, podrá abandonar el programa en cualquier momento, sin justificación alguna, y sin costo alguno para usted.

En caso de reportar algún evento adverso o reacción inesperada con respecto a su tratamiento al proveedor de servicios; El proveedor de servicios compartirá sus datos de contacto con el departamento de Farmacovigilancia de Sanofi para permitir que Sanofi cumpla con sus



## AVISO DE PRIVACIDAD “ENTREGANDO SALUD PACIENTES INMUNOLOGÍA”

obligaciones legales. En tales casos, Sanofi puede comunicarse con usted para solicitar más información sobre el evento adverso o reacción inesperada mencionada anteriormente.

Si usted deja de participar en el programa, su información personal se conservará y almacenará durante un período limitado a lo estrictamente necesario para lograr los propósitos del programa.

Información sobre el uso de información personal para futuras investigaciones:

El uso de su información personal para futuras investigaciones es opcional y requiere su consentimiento específico; puede retirar su consentimiento para futuras investigaciones en cualquier momento.

---

Al reconocer este **CONSENTIMIENTO DE REGISTRO** usted confirma las siguientes declaraciones:

- I. Tener capacidad legal para dar su consentimiento informado.
- II. Comprender completamente las implicaciones de su participación en el programa y poder tomar decisiones sobre su estado de salud o condición médica.
- III. Haber leído y comprendido toda la información anterior relacionada con el programa y habersele permitido hacer preguntas sobre el programa.
- IV. Se le proporcionará una copia de este **consentimiento**.
- V. Se le explicó toda la información incluyendo los motivos para realizar el programa y sus modalidades.

**Importante:**

Este programa no sustituye el consejo profesional de su médico. Su participación en este programa es independiente de cualquier decisión que usted y su médico tomen con respecto a su tratamiento. Si tiene alguna pregunta sobre las opciones de tratamiento alternativas, diríjala a su médico.

**Fecha de actualización: Junio 2026**

**PDPA: 4680**

Yo, \_\_\_\_\_ **acepto el Aviso de Privacidad y doy mi consentimiento para ser registrado en el programa Entregando Salud Pacientes Inmunología para recibir los servicios.**

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_