



## AVISO DE PRIVACIDAD "ENTREGANDO SALUD PACIENTES: ESCLEROSIS MULTIPLE"

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 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 recabados:

Los datos personales que SANOFI pudiera tratar y que son obtenidos directamente de Usted son los siguientes:

- DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACION Y CONTACTO:
  - Nombre
  - Género
  - Fecha de nacimiento
  - Teléfono de contacto
  - Correo electrónico
  - Dirección (La dirección para poderle hacer el envío del Original de Obsequio)
  - Firma autógrafa y/o autenticación digital
  - Nombre y cédula profesional de su médico

Sanofi podrá también tratar datos personales sensibles:

- DATOS PERSONALES DE SALUD:
  - Datos que describan su estado de salud físico histórico, presente y futuro
  - Datos de contacto de médico tratante
  - Datos sobre su afiliación a instituciones de salud
  - Medicamento
  - Dosis
- DATOS SOCIO ECONOMICOS:
  - Datos que describan su póliza de seguro de gastos médicos (se utiliza esta información si usted solicita ayuda en los trámites ante aseguradoras)

### Finalidades del tratamiento:

Los datos personales que nos proporcione serán tratados para las siguientes finalidades:

- Para registrarlo en el programa de apoyo a pacientes denominado "Entregando Salud Pacientes Esclerosis múltiple"
- Para realizarle encuestas de satisfacción (a través de llamadas telefónicas)
- Para brindarle asesoría en materia de seguros a través de un tercero
- Para invitarlos a talleres con otros pacientes del programa para temas educativos
- Para enviarle Original de Obsequio como apoyo a su tratamiento
- Para enviarle productos para su cuidado (shampoo y colestiramina únicamente cuando sean indicados por su médico)
- Para generar reportes estadísticos de manera anonimizada, sobre la enfermedad y servicios usados en el programa.
- Para enviarle o entregarle educación e información relativa a su enfermedad de manera
- Para brindarle los servicios de estudios de laboratorio y entregarles resultados
- Para obtener datos estadísticos del padecimiento (anonimizados) a nivel macro que pudieran ser utilizados para publicaciones de carácter científico, para agilizar su atención usando tecnologías de inteligencia artificial o para la evaluación de los servicios del programa y su impacto en la adherencia al tratamiento y/o la calidad de vida de los pacientes.
- Para poder ofrecerle servicios de psicología o nutrición remoto a solicitud de su médico tratante.
- Para compartir los resultados de pruebas de laboratorio a su médico tratante

- Impresa
- Por correo electrónico
- Por SMS
- Por llamadas telefónicas
- Vía portal de comunidad de médicos

#### 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 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), Servicios Logísticos Alsera S.A. de C.V.(Proveedor de Envío/Entrega de Original de Obsequio/México), Quest Diagnostics México S de R.L. de C.V. (Servicios de Estudios de Laboratorio), Sohlin Soluciones Hospitalarias Integrales S.A de C.V (Servicios especializados para atención al paciente en call center, entrenamiento y aplicación de medicamento, monitoreo, envío de productos indicados para su cuidado y seguimiento de paciente).

#### 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), el domicilio Avenida Real de Mayorazgo No. 130, Torre M, Piso 25, Colonia Xoco, Alcaldía Benito Juárez, C.P 03330, Ciudad de México, México, 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 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 más 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) 55 96 28 00 00 para las áreas metropolitanas de las Ciudades de México, Guadalajara y Monterrey o al 800 96 28 000 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.

Al firmar este Aviso de Privacidad Usted entiende que no se le proporcionarán consejos o recomendaciones relacionados a su terapia farmacológica y que cualquier pregunta relacionada con su estado de salud y/o su tratamiento actual no puede ser contestada por Sanofi, sus empleados o empresas actuando en su representación, por lo que debe dirigirla a su médico tratante.

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.

Al firmar este Aviso de Privacidad Usted entiende que no se le proporcionarán consejos o recomendaciones relacionados a su terapia farmacológica y que cualquier pregunta relacionada con su estado de salud y/o su tratamiento actual no puede ser contestada por SANOFI, sus empleados o empresas actuando en su representación, por lo que debe dirigirla a su médico tratante.

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 coste 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 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, diríjase a su médico.

**Fecha de actualización: 30 Octubre 2023**

**PDPA número: 4813**

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

**Nombre / Firma / Fecha:** \_\_\_\_\_