

PROGRAMA DE INICIOS DE TRATAMIENTO (el “Programa”)

(El Presente formato es un ejemplo de apoyo al profesional de la salud tratante, para recabar la solicitud y consentimiento del Paciente beneficiario).

SOLICITUD DE INICIO DE TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

FECHA DE SOLICITUD		
DÍA	MES	AÑO

I. LA PARTE “SOLICITANTE” Y/O EL “PACIENTE”:

NOMBRE:		
DIRECCIÓN:		
COLONIA:	POBLACIÓN:	CÓDIGO POSTAL:
R.F.C.:	TELÉFONO:	E-MAIL:
TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL:		

II. EL (LA) “PROFESIONAL DE LA SALUD [MÉDICO] TRATANTE”:

NOMBRE:		CÉDULA:
DIRECCIÓN:		
COLONIA:	POBLACIÓN:	CÓDIGO POSTAL:
R.F.C.:	TELÉFONO:	E-MAIL:
REPRESENTANTE LEGAL:		

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO

El (la) Solicitante, en mi calidad de Paciente (o representante legal del [la] Paciente), habiendo sido atendido(a), diagnosticado(a) y prescrito(a) por el (la) Profesional de la Salud [Médico] Tratante arriba mencionado(a), por este medio hago constar mi solicitud y acuerdo para participar en el Programa, a fin de que se me asigne (al [la] Paciente), y proporcione el (los) Cupón(es) Electrónico(s) para obtener, sin costo, el Medicamento prescrito (indicado por el Profesional de la Salud Tratante y señalado en la receta médica respectiva -si la hubiere-), en la presentación y cantidad aprobada para inicio del tratamiento indicado (el “Inicio de Tratamiento”), de acuerdo con los términos y condiciones aplicables a dicho Programa (y que tendré oportunidad de conocer y aceptar más adelante en el proceso).

Para fines de lo anterior, hago constar mi consentimiento para que el (la) Profesional de la Salud [Médico] Tratante arriba mencionado(a), recabe mis datos personales y, al asignarme el Inicio de Tratamiento dentro de la Plataforma y Servicios de **InicioTx**, proporcione y transmita en la mismos, mi nombre y número de teléfono móvil. Asimismo, otorgo mi consentimiento para que **InicioTx** use tales datos personales para hacerme llegar, vía SMS, la confirmación de que se me ha asignado el Inicio de Tratamiento, las instrucciones y los enlaces o ligas electrónicas que deberé acceder en el plazo indicado para descargar el (los) Cupones Electrónicos que deberé presentar en cualquiera de las farmacias participantes, junto con la receta médica respectiva, para recibir y usar el Medicamento según lo prescrito.

Reconozco y acuerdo que, para cualquier duda, comentario o queja relacionada con el presente documento y/o con la asignación, notificaciones y problemas relacionados con los Cupones Electrónicos, lo haré saber a mi Profesional de la Salud [Médico] Tratante, a la brevedad posible, para su debida consulta y atención oportuna y por los conductos autorizados.

Reconozco que la información relativa a los Términos y Condiciones aplicables al Programa, el Aviso de Privacidad de **InicioTx**, y la información relativa a dicha Plataforma y sus responsables, se encontrará a mi disposición a través de los enlaces que me serán proporcionados conforme a lo acordado.

El (la) Solicitante – Paciente:

(Nombre y firma)