

Para: LATAM Medical Affairs¹ vía e-mail: RA-MDDCO-InfoReqMAF@ITS.JNJ.com

Fecha:

Este formulario está diseñado para que los Profesionales de la Salud soliciten información médica, científica o técnica para el área de Medical Affairs LATAM Johnson & da Johnson & Johnson MedTec América Latina, para aclarar o complementar la información actual de prescripción de Producto o Instrucciones de uso (IFU), según lo publicado o aprobado por la autoridad reguladora competente (por ejemplo, administración de alimentos y medicamentos (FDA), u otra autoridad local).

Si desea enviar un informe de EVENTO ADVERSO o QUEJA DE PRODUCTO, utilice nuestros canales específicos: COEPRODUCTCOMPLAINTLATAM@its.jnj.com.

La información personal solicitada a continuación se utilizará para confirmar su identidad y especialidad, y para establecer un contacto formal para responder a su solicitud.

Si la Solicitud de información médica incluye información que califica como una queja y / o un evento adverso, su información personal también puede procesarse para cumplir con las obligaciones de vigilancia posteriores a la comercialización en virtud de la legislación nacional de productos de salud , incluida la gestión de reclamaciones y la notificación de eventos adversos.

Su información personal también puede procesarse para fines comerciales, como análisis de datos, auditorías y mejoras de nuestros productos y servicios.

Sus datos personales pueden ser transferidos a afiliados o terceros fuera de su país de residencia, incluso a los EUA, para ser atendidos. En este caso, buscamos utilizar medidas contractuales y de seguridad para proteger su información.

Si desea revisar, corregir, actualizar o eliminar la información personal que ha proporcionado o tiene alguna pregunta adicional, comuníquese con Medical Affairs LATAM en MedicalInformationRequest_MAF_LATAM@its.jnj.com.

Lea nuestra Política de privacidad (<https://www.jnjmedtech.com/es-419/policies-privacy>)

para obtener más información sobre cómo procesamos los datos personales.

DETALLES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD SOLICITANTE:

Médico Enfermero Farmacéutico Otros

Cargo: Nombre:

Hospital / Institución:

Dirección:

País:

Dirección de correo electrónico:

Número de teléfono:

Canal de respuesta deseado: Correo electrónico Teléfono

PRODUCTO SOBRE EL CUAL SE CONSULTA:

PREGUNTA:

() Reconozco que soy un profesional de la salud y que la información proporcionada es veraz. Certifico que ninguna persona de Johnson & Johnson se refirió a la pregunta anterior ni la formuló y que el texto anterior expresa con precisión mi pregunta.

() Declaro que he leído, entendido y estoy de acuerdo con el contenido de la Política de Privacidad de mi país de residencia.

Firma del HCP*:

EL REPRESENTANTE J&J DEBE DILIGENCIAR:

La consulta incluye un Evento Adverso o Reclamo de Producto: Si No

En caso afirmativo, se reportó mediante el procedimiento apropiado: Si No

Identificación del representante: _____