

 Clínica Las Vegas Grupo Quirónsalud	FORMATO		
	AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		
	UNIDAD FUNCIONAL: Atención al cliente asistencial		EDICIÓN
	PROCESO: Atención al Paciente y su Familia		2
FECHA EMISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CÓDIGO	
17/09/2014	26/10/2021	F-SU-02	

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

_____ Identificado(a) con tipo de documento (CC__ PP__ RC__ TI__ CE__ Otro__ indique cuál: _____ número _____, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA S.A. – CLÍNICA LAS VEGAS- y a QUIRÓNSALUD, para que actúe como Responsable del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular y que he suministrado a la institución, por lo tanto, directamente o a través de terceros designados o encargados por este, podrán recolectarlos, transferirlos, transmitirlos, almacenarlos, usarlos y tratarlos conforme su Política de Tratamiento de Datos Personales.

Además, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA S.A. – CLÍNICA LAS VEGAS y a QUIRÓNSALUD, para la recolección, tratamiento, transmisión y transferencia de mis datos sensibles, (entiendo que son datos sensibles aquellos que comprometen mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación) conforme su Política de Tratamiento de Datos Personales para las finalidades inherentes a la prestación de servicios de salud.

El tratamiento de mis datos personales se deberá realizar de acuerdo con establecido en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los adicionen, modifiquen, supriman, complementen o deroguen, al igual que de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA S.A. – CLÍNICA LAS VEGAS-, que conozco, acepto y que puedo consultar en el sitio web: www.clinicalasvegas.com. En todo caso, INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA S.A. – CLÍNICA LAS VEGAS - QUIRÓNSALUD y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos que como titular tengo a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a mi información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. En caso de ejercer mis derechos o requerir información adicional puedo contactarme a la dirección de correo electrónico datospersonales@clinicalasvegas.com.

Finalmente, autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA S.A. – CLÍNICA LAS VEGAS- y a QUIRÓNSALUD, para que me envíe correos electrónicos y mensajes de texto a mi número de teléfono celular, con los fines antes mencionados contenidos en la Política de Tratamiento de Datos Personales, en especial, para el envío de los resultados de ayudas diagnósticas (imagenología y laboratorio) intervenciones y demás que me practiquen, entendiéndolo que estos son datos sensibles, adicionalmente para el envío de encuestas de satisfacción, información comercial e institucional.

Sí ___ No ___

Fecha: día _____ mes: _____ año: _____

Nombre Completo: _____

Nombre Completo del responsable (en caso de que actúe como representante de un usuario o paciente): _____

Parentesco: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____

Firma: _____