



DOCUMENTO NORMALIZADO CLÍNICA CHÍA S.A.		
	Autorización para la recolección de datos personales y Manifiesto de atención médica	
	CÓDIGO: GC-AR-F-0007-V02	
Revisión: Cada cuatro años		

Clínica Chía S.A., le informa que será el responsable del **tratamiento de sus datos personales** y, en tal virtud, podrá **recolectar, almacenar, conservar, modificar, actualizar y suprimir** sus datos para las siguientes finalidades:



Finalidad del tratamiento de datos personales	¿AUTORIZA?	
	SI	NO
Prestar los servicios de salud solicitados.		
Solicitar autorización a quien corresponda, para la prestación de los servicios de salud requeridos.		
Solicitar a terceros los insumos, productos o servicios requeridos para la prestación de los servicios de salud.		
Realizar y presentar informes estadísticos, analíticos, epidemiológicos, de riesgo, entre otros, que permitan la optimización de los servicios brindados en la Clínica.		
Contactar al Titular con el fin de evaluar la calidad y/o satisfacción de los servicios de salud recibidos.		

Nota: Según la Ley 1581 del 2012 sobre protección de datos personales en su artículo 10. **Casos en que no es necesaria la autorización. La autorización del Titular no será necesaria** cuando se trate de: **Casos de urgencia médica o sanitaria.**

Manifiesto que me informaron que en caso de recolección de mi información sensible; tengo derecho a contestar o no las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados. Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan mi intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación (ejemplo: orientación política, convicciones religiosas, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos). Manifiesto que me informaron que los datos sensibles que se recolectarán serán utilizados para las finalidades listadas anteriormente.

DERECHOS DEL TITULAR: La Clínica Chía, me informa que como titular de datos personales tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos mediante solicitud. Estos derechos los podré ejercer a través de los canales dispuestos por la Clínica Chía para la atención al público, Teléfono: _____, al correo electrónico protecciondedatos@clinicachia.com y la oficina de servicio al paciente de clínica Chía, con

DOCUMENTO NORMALIZADO CLÍNICA CHÍA S.A.

	Autorización para la recolección de datos personales y Manifiesto de atención médica	
Revisión: Cada cuatro años	CÓDIGO: GC-AR-F-0007-V02	Proceso: Gestión de calidad

horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. en donde se atenderán los requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización.

Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento a Clínica Chía S.A. para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales y que me dio a conocer antes de recolectar mis datos personales. Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Nombres y apellidos del titular: _____

Tipo y número de identificación del titular: _____

Firma del titular: _____

Fecha de la autorización: _____

MANIFIESTO DE ATENCION MEDICA:

Yo: _____, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente documento, obrando en calidad de paciente padre madre conyugue tutor Otro _Cual_____, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que he recibido atención médica y/o hospitalaria en la Clínica Chía S.A.

Fecha de ingreso: _____ **Fecha de egreso:** _____

Servicio: _____

FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE

Tipo y número de identificación _____

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLÍNICA CHÍA S.A. Chía - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.