

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA FORMATO DE AUTORIZACIÓN REGISTRO FOTOGRAFICO Y/O AUDIOVISUAL



FECHA: DD MM AAAA HORA: HH MM
Yo identificado(a) con documento de identidad, hago la siguiente declaración:
Por medio del presente documento, de forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales, y sin limitaciones e impedimentos de carácter médico - legal, habiendo recibido información por parte del médico tratante de HEALTH & LIFE IPS; acepto voluntariamente el registro fotográfico y/o audiovisual que me fue solicitado para fines únicamente de manejo de IPS a EPS protegiendo los datos personales de acuerdo a la normatividad legal vigente regulada por la ley 1581 de 2012.
CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTA AUTORIZACIÓN:
Como paciente: SI NO
Como responsable del paciente (padre, madre, cónyuge, representante legal, familiar, cuidador u otra persona que figure como tal en la historia clínica) SI NO
Fecha De Notificación:
Firma Del Paciente o Responsable del mismo:
Como profesional de Salud certifico que he explicado y contestado todas las dudas y preguntas. Considero que el (la) paciente o responsable comprenden lo que he explicado completamente.
Otras Consideraciones:
Nombre del Médico tratante:
DI o RM
Νο

CÓDIGO: F-PAD-17 ELABORO: ANDREA VIVAS GONZÁLEZ CARGO: GESTOR AUDITORA PAD VERSIÓN: 1 - ALMERA REVISO: JAIRO OROZCO CARGO: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN FECHA: 15 de febrero de 2022 APROBO: ELIANA RUIZ MUÑOZ CARGO: COORDINADORA CONVENIO