

AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL Y DE LA PRÁCTICA MÉDICA ASISTENCIAL OCUPACIONAL

Información Básica de Protección de Datos Personales	
Responsable	Universidad San Francisco de Quito (USFQ) Domicilio: Av. Diego de Robles S/N y Pampite, Quito-Ecuador Contacto Protección de Datos: datos@usfq.edu.ec
Finalidades Específicas	<ul style="list-style-type: none">Realizar los exámenes médicos ocupacionales, receptar antecedentes médicos y tratar los resultados obtenidos de las evaluaciones clínicas, así como aplicar los procedimientos necesarios exclusivamente para cumplir con la normativa y las obligaciones en materia de seguridad y salud ocupacional.Identificar, prevenir y gestionar los riesgos laborales asociados a las actividades y funciones que desempeña en la compañía, incluida la verificación de la aptitud laboral.Vigilar la salud laboral para garantizar el entorno de trabajo seguro y saludable.Gestionar la historia clínica ocupacional del trabajador.Tratar los datos para fines estadísticos y/o numéricos conforme la normativa aplicable.
Datos Específicos Tratados	Los tipos de datos recolectados son: <ul style="list-style-type: none">Datos identificativos y de contacto.Datos de salud vinculados a la historial médico ocupacional, antecedentes médicos, resultados de exámenes y evaluaciones clínicas, así como valoraciones de aptitud laboral emitidas durante los controles de salud.
Derechos	El titular de los datos podrá ejercer, en cualquier momento, sus derechos, así como revocar su consentimiento, conforme a los procedimientos establecidos en la Ley. Para ello, podrá enviar una solicitud por escrito a la dirección física o al correo electrónico señalados en este documento.
Información Adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de datos en el Aviso de Privacidad de Empleados

CLÁUSULA PRIMERA. – FINALIDAD Y USO:

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, el titular de los datos personales otorga su consentimiento libre, específico, informado e inequívoca para el tratamiento de su información con la finalidad de dar cumplimiento a las normativas aplicables en materia de salud ocupacional y al proceso de vigilancia de salud del trabajador, siempre que su uso sea únicamente en el ámbito ocupacional para prevención y garantía de ambientes saludables del trabajo.

El tratamiento de los datos personales se realizará exclusivamente en el ámbito ocupacional, con el objetivo de prevenir riesgos laborales y garantizar condiciones laborales seguras y saludables, con el propósito de verificar la aptitud del trabajador para desempeñar sus funciones. Dicho tratamiento se regirá por los principios de licitud, transparencia, proporcionalidad, secreto profesional y seguridad, asegurando en todo momento la confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información conforme a la normativa legal vigente.

CLÁUSULA SEGUNDA. - BASE LEGAL:

La siguiente autorización rige con base en la siguiente normativa:

- Constitución de la República del Ecuador
- Ley Orgánica de Salud
- Ley Orgánica de Protección de Datos Personales

CLÁUSULA TERCERA. – DATOS TRATADOS:

El titular declara haber sido debidamente informado y acepta el tratamiento de sus datos personales, incluida su recopilación a través del Formulario de Evaluaciones Médicas Ocupacionales, cuya finalidad principal es la protección de su salud, bienestar y la de la población trabajadora, en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales en materia de salud ocupacional.

CLÁUSULA CUARTA. - RESPONSABILIDAD:

El titular de los datos reconoce y acepta que es de su exclusiva responsabilidad informar de forma oportuna y

veraz cualquier síntoma, condición médica o cambio relevante en su estado de salud que pueda tener implicaciones en el ámbito laboral, con el fin de permitir una adecuada vigilancia de la salud ocupacional y la implementación de medidas preventivas necesarias.

CLÁUSULA QUINTA. - AUTORIZACIÓN:

Mediante la aceptación electrónica del presente documento, otorgo mi consentimiento libre, previo, informado, específico e inequívoco a la USFQ, así como al profesional de salud a cargo, para los procesos relativos a la salud ocupacional según la normativa aplicable.

Asimismo, autorizo el tratamiento de mis datos personales con carácter estadístico y/o numérico, relacionados con la medicina ocupacional, que incluyen, sin limitarse a ello, mis antecedentes médicos, resultados de evaluaciones clínicas y cualquier otra información recabada para cumplir con los objetivos de la vigilancia de la salud laboral y la garantía de un entorno de trabajo seguro y saludable.

Declaro haber sido debidamente informado(a) de que los datos personales obtenidos a través del Formulario de Evaluaciones Médicas Ocupacionales, exámenes médicos ocupacionales y evaluaciones clínicas serán tratados conforme a los principios de confidencialidad, seguridad, minimización y necesidad, y que serán utilizados exclusivamente para la identificación, prevención y gestión de riesgos laborales inherentes a mi actividad, garantizando en todo momento el resguardo de mi privacidad y el anonimato en los reportes generados.

Manifiesto, además, que esta autorización se otorga de forma libre, voluntaria y con pleno conocimiento de causa, y que su alcance se limita estrictamente a los fines anteriormente señalados. El tratamiento de mi información deberá realizarse en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y demás normativa aplicable

CLÁUSULA SEXTA. - PLAZO:

La presente autorización tendrá vigencia durante el ejercicio de mis actividades en la USFQ y, una vez finalizada, por el tiempo que exijan las leyes aplicables. En este último caso, la información permanecerá bloqueada y solo podrá ser accedida o tratada para el cumplimiento de obligaciones legales, de disposiciones emitidas por autoridad competente o por interés legítimo debidamente justificado.

CLÁUSULA SÉPTIMA. - ACEPTACIÓN:

Declaro haber leído y comprendido íntegramente el contenido del presente consentimiento, el cual ha sido redactado en lenguaje claro, directo y sin tecnicismos innecesarios.

La aceptación del presente instrumento se realizará mediante la plataforma digital de VidSigner a través de su suscripción electrónica, los cuales tienen pleno valor jurídico conforme a la normativa aplicable. La fecha de aceptación y datos de identificación se registrarán automáticamente en la plataforma.

En la ciudad de Quito a los días del mes de de

Firma:

Nombre Apellido:

Cl: