

	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	Código	GF - F - 5
		Versión	1
		Tipo	Formato
		Implementación	01/06/2020

CLINICA LA CAROLINA S.A en cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de 2012 "por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el decreto 1377 de 2013 "por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012" se permite compartir que la Gerencia ha fijado la política de protección de datos personales la cual está disponible para su consulta en www.clinicalacarolina.com Nuestros pacientes pueden tener la tranquilidad que el manejo de datos personales se administra con la mayor discreción y confidencialidad. Por tal motivo **CLINICA LA CAROLINA S.A.** solicita a sus pacientes autorización para que de manera libre, previa, expresa y voluntaria nos permita recolectar, almacenar, usar, eliminar, transferir, actualizar, procesar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en la base de datos de nuestra empresa.

Los datos personales o sensibles se usarán para:

- Para la prestación de los servicios asistenciales del titular y su familia.
- Actualización de datos entregados por el Titular.
- Caracterización y seguimiento a la población, para la gestión del riesgo en salud, utilizando la información derivada de los servicios asistenciales.
- Contactar a los pacientes y/o usuarios a través de medios telefónicos, físicos, personales y/o electrónicos (como SMS, chat, correo electrónico y demás medios que así puedan considerarse).
- Enviar notificaciones de cambios o mejoras en la prestación de servicios ofrecidos por la empresa.
- Crear y gestionar bases de datos secundarias para la prestación de los servicios propios de la Clínica, fines de investigación, desarrollo de servicios y/o productos, estudios de riesgo.
- Facturar y cobrar ante las personas naturales o jurídicas responsables del pago.
- Diligenciamiento del Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
- Indicadores de oportunidad.
- Fines administrativos tales como auditorías, facturación y contabilidad.
- Procesos de investigación, estadísticas, campañas de prevención y promoción y, en general para utilizarla en políticas de salud pública.

En cualquier momento usted como titular de sus datos personales puede solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido en nuestra base de datos enviando una comunicación escrita a la Clínica ubicada en Carrera 14 No 127 – 11 piso 1y 2 o al correo electrónico servicioalcliente@clinicalacarolina.com.co

Para conocer nuestra política de tratamiento de la información o si requiere profundizar acerca de la forma en que la empresa trata sus datos personales, puede consultarla en nuestra página web www.clinicalacarolina.com.co y según lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013 la empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información excepto cuando usted manifieste lo contrario por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la publicación o recepción de la presente comunicación a la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto: servicioalcliente@clinicalacarolina.com.co y actuaremos de inmediato excepto sobre la información que exige la ley se debe mantener para informar a las entidades del estado.

Paciente

Fecha de autorización	Nombre
Documento de identificación	Tipo CC NI TI Otro
Dirección de correspondencia	
Cuidad:	Teléfono fijo:
Celular:	Email:

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **CLINICA LA CAROLINA S.A** para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **CLINICA LA CAROLINA S.A.**

	AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES	Código	GF – F - 5
		Versión	1
		Tipo	Formato
		Implementación	01/06/2020

La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de _____, a los ___ días del mes de _____ del año ____.

Firma: _____

Nombre: _____

Identificación: _____

En caso del que paciente sea menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de autorización	Nombre
Documento de identificación	Tipo CC_ NI_ TI_ Otro
Dirección de correspondencia	
Cuidad:	Teléfono fijo:
Celular:	Email:

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **CLINICA LA CAROLINA S.A** para tratar los datos personales del menor de edad a mi cargo, de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **CLINICA LA CAROLINA S.A.**

La información obtenida para el Tratamiento de los datos personales del menor de edad a mi cargo, la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de _____, a los ___ días del mes de _____ del año ____.

Firma del responsable del paciente: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____

Identificación: _____

Para cumplimiento de la normatividad nacional en **CLINICA LA CAROLINA S.A** debemos contar con el soporte respectivo, agradecemos su apoyo para diligenciar el formato, firmarlo y retornarlo en físico para nuestro registro.

Mil gracias por su apoyo.

Espacio para uso exclusivo de CLINICA LA CAROLINA S.A.

Fecha de recepción:	Nombre de quien recibe:
Nombre de quien archiva:	
Comentarios Adicionales:	