

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES – PACIENTES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, como Titular de los datos autorizo expresamente con la firma de éste formato para que mis(nuestros) datos personales sean incorporados en una base de datos responsabilidad de **HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES**, para su tratamiento, el cual podrá incluir la recolección, almacenamiento, uso, circulación y destinación final con la finalidad de realizar gestión administrativa, gestión de estadísticas internas, encuestas de opinión, procedimientos administrativos, gestión de cobros y pagos, gestión económica y contable, gestión fiscal, gestión de clientes, gestión de facturación, histórico de relaciones comerciales, análisis de perfiles, venta a distancia, ofrecimiento de productos y servicios, salud, fines científicos, médicos, estadísticos, fines de auditoría, remisión de comunicaciones y contacto al correo electrónico, dirección física, número de celular, teléfono fijo y sistemas de mensajería instantánea, protección al menor, fidelización de clientes, marketing, prospección comercial, publicidad propia, segmentación de mercados, sistemas de ayuda a la toma de decisiones, historial clínico, registro de donantes, registro de citas médicas u odontológicas, registro de imágenes y exámenes diagnósticos, salud mental, gestión autorizaciones servicios de salud, gestión de órdenes médicas y medicamentos; de igual manera, autorizo la transmisión nacional e internacional de datos con proveedores de servicios de almacenamiento, custodia y seguridad de la información y con proveedores de servicios para desarrollar las finalidades aquí previstas y a laboratorios o especialistas con la finalidad de practicar exámenes de laboratorio, así como, transferencia nacional o internacional de datos con aliados comerciales o institucionales, proveedores de servicios de almacenamiento en la nube y demás aliados cuyo objeto social esté relacionado con la prestación de servicios de salud (clínicas, hospitales, EPS, IPS), con la finalidad de garantizar el derecho a la salud.

Asimismo, autorizo como titular para que mis(nuestros) datos sensibles (información relacionada con el estado de salud) sean incorporados en una base de datos responsabilidad de **HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES**, para su tratamiento, el cual podrá incluir la recolección, almacenamiento, uso, circulación y destinación final con la finalidad de establecer el historial clínica y estado de salud de la persona incluyendo: resultados de pruebas de laboratorios, imágenes, estudios médicos, diagnósticos médicos, generales o especializados, psicológicos o psiquiátricos que sean necesarios para cumplir con el objeto de la prestación del servicio, registro de donantes, registro de citas médicas, gestión de autorizaciones de servicios de salud, gestión de órdenes médicas y medicamentos. De igual modo, autorizo a **HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES** la transmisión nacional e internacional de estos datos sensibles a proveedores de servicios de almacenamiento, custodia y seguridad y con laboratorios o especialistas con la finalidad de practicar exámenes de laboratorio, así como, transferencia nacional o internacional de datos con aliados comerciales o institucionales, proveedores de servicios de almacenamiento en la nube y demás aliados cuyo objeto social esté relacionado con la prestación de servicios de salud (clínicas, hospitales, EPS, IPS), con la finalidad de garantizar el derecho a la salud. Así como, autorizo que mis(nuestras) imágenes personales (fotografías, videos, modelos y

radiografías), sean incorporados en un base de datos responsabilidad de **HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES** para su tratamiento, el cual podrá incluir la recolección, almacenamiento, uso, circulación y destinación final con la finalidad de videovigilancia, iniciar y desarrollar la toma de imágenes diagnósticas, fines académicos, publicación en sitios web, conferencias y material publicitario o de mercadeo, envío a laboratorios y a otros profesionales. Es facultativo brindar datos sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad. El Titular de los Datos puede ejercer los derechos de conocer, actualizar y rectificar sus datos, solicitar prueba de su autorización, ser informado del uso de sus datos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos, mediante escrito dirigido a **HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES**, al correo electrónico gestiondocumental@hinfantil.org, a la Carrera 32 No. 21 A – 30 en San Juan de Pasto, Nariño - Colombia o al número de contacto 3168815218, indicando el derecho que desea ejercer. La política de tratamiento de los datos, así como los cambios sustanciales que se produzcan en esta, se podrán consultar a través del siguiente correo electrónico: gestiondocumental@hinfantil.org . De igual manera, la misma se mantendrá actualizada en la página web <https://hinfantil.org/>.

FIRMA Y APROBACIÓN. En virtud de lo anterior, firmo en señal de aceptación de las autorizaciones:

Nombre del paciente/representante del paciente: _____

Tipo de Identificación: RC __ TI __ CC __ CE __ otro __ número _____ de _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

En caso de pacientes menores de edad o adultos con alguna limitación física o mental para expresar personalmente su voluntad, firman en señal de autorización:

Nombre completo del paciente menor de edad: _____

Tipo y No. identificación: _____

Parentesco: _____