

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROTECCIÓN DE DATOS- USUARIOS	

DATOS DEL PACIENTE: Nombre: _____

Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería Pasaporte Registro Civil Tarjeta de Identidad
 Permiso especial Otro Cual: _____ N° _____

Conozco y entiendo, que según la ley 1581 de 2012, artículo 8 tengo derecho a:

a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales; **b)** Solicitar prueba de la autorización otorgada **c)** Ser informado respecto al uso que se le ha dado a mis datos personales; **d)** Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la ley; **e)** Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; **f)** Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento. **g)** A que toda la información que hace parte de mi historia clínica sea manejada de manera confidencial y secreta

Me comprometo, además, a suministrar información clara y veraz, y me acojo a los lineamientos establecidos por la normatividad vigente cuando requiera copia de mi historia clínica.

En consecuencia:

Autorizo **SI** **NO** a la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL. para Solicitar copia de la información clínica que se encuentre en otras instituciones de salud, cuando así lo considere pertinente.

Autorizo **SI** **NO** a la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL. para que mi historia clínica sea consultada por profesionales de la salud graduados o en formación, para investigaciones científicas aprobadas por el Comité de Ética del Hospital

Autorizo **SI** **NO** a la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL. para comunicarme sobre servicios, recordar citas, eventos académicos e institucionales, publicaciones y publicidad sobre temas relacionados con salud, a los teléfonos, correo electrónico y direcciones, suministradas por mí en cada contacto directo que tenga con la institución.

Autorizo **SI** **NO** a la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL. a realizarme encuestas ya sea presencialmente, vía telefónica o por cualquier otro medio electrónico, con el fin de fidelizar, mejorar e innovar en la prestación de los servicios.

Aviso de privacidad- Decreto 1377 de 2013 artículo 3:

- La ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL , cuenta con el respaldo legal para hacer uso de mis datos personales, en

condiciones que afecten la salud pública, requerimientos por parte de las entidades judiciales y de las - aseguradores de servicios de salud

- En el caso de querer conocer, actualizar, rectificar, solicitar la supresión de mis datos o cancelar la aceptación al uso de mis datos, me puedo dirigir a la dirección Calle 8A #4 - 37 enviando una carta firmada por mí anexando copia de mi documento de identificación o realizar la respectiva solicitud en la dependencia de admisiones en forma presencial.

Para constancia de todo lo anteriormente expuesto, se firma en SAN ANDRES DE SOTAVENTO el ___ de _____ del año _____

Paciente Firma: _____

Representante legal Nombre: _____

Parentesco: _____ Identificación: _____

Firma: _____