

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO BAYOS - CLÍNICA EL PINAR

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, por medio de la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales en Colombia, el **Centro Médico Quirúrgico Bayos - Clínica El Pinar** informa a sus pacientes, usuarios y terceros que, en desarrollo de su actividad, recopila, almacena, usa, circula y suprime datos personales con el fin de prestar sus servicios de salud y cumplir con las normativas vigentes.

1. Responsable del Tratamiento de Datos

El **Centro Médico Quirúrgico Bayos - Clínica El Pinar**, identificado con NIT 900069163-4, ubicado en Km 2 Anillo vial Floridablanca - Girón, Ecoparque, será el responsable del tratamiento de los datos personales que usted proporcione.

2. Finalidad del Tratamiento de los Datos Personales

Los datos personales recolectados serán utilizados para:

- La prestación de servicios de salud.
- La gestión administrativa y operativa de los servicios médicos.
- Cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- Facturación y procesos contables.
- Contacto para agendamiento de citas, recordatorios y seguimientos médicos.
- Realización de estudios estadísticos y científicos sin identificación personal.
- Compartir información con entidades del sector salud conforme a la normatividad vigente.

3. Derechos del Titular de los Datos

De acuerdo con la legislación vigente, el titular de los datos personales tiene derecho a:

- Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento.
- Ser informado sobre el uso que se le ha dado a sus datos.
- Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio en caso de incumplimiento de la normatividad.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales.

4. Autorización del Titular

Al firmar este documento, manifiesto de manera libre, expresa e informada que autorizo al **Centro Médico Quirúrgico Bayos - Clínica El Pinar** para el tratamiento de mis datos personales conforme a lo establecido en este consentimiento.

En caso de menores de edad o personas en situación de discapacidad, la autorización debe ser firmada por el representante legal o acudiente:

Nombre del Titular o Representante legal: _____

Documento de Identidad: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Parentesco: _____



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMAGEN POR EL CENTRO MÉDICO
QUIRÚRGICO BAYOS CLÍNICA EL PINAR S.A.**

Respetado usuario, a continuación, encontrara una información importante relacionada con el uso y manejo de su imagen, si autoriza marque con un X la situación y diligencie los espacios en blanco.

Yo _____, mayor de edad, resido en la ciudad de _____, identificada con el documento CC___ TI___ CE___ PA___ N° _____ expedido en _____, actuando en mi nombre y representación, AUTORIZO al **CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO BAYOS CLÍNICA EL PINAR S.A.** identificado con NIT 900.069.163-4 por medio del presente escrito para el tratamiento de mi imagen y su posterior uso en las redes sociales a las que hubiere lugar.

SI AURORIZO: _____

NO AUTORIZO: _____

Esta autorización permite al **CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO BAYOS CLÍNICA EL PINAR S.A.** el uso de mi nombre, imagen, frases, fotografías, videos, testimonios y locación que lleguen a recolectarse durante el procedimiento quirúrgico llevado a cabo el día _____ (día/mes/año). Dicho material podrá ser utilizado y reproducido indefinidamente sin que medie un nuevo consentimiento por mi parte.

Manifiesto que esta autorización la otorgo con carácter gratuito, por lo que entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación, bonificación o pago adicional de ninguna naturaleza, Además, renuncio a cualquier derecho patrimonial que se pueda generar por el uso de mi nombre, frases, testimoniales, declaraciones y retrato fotográfico.

Nombre completo y Firma _____

N° de documento _____ expedido en _____