

	PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	Código: ADM-05-21-V1
		Vigente desde: 2017-01-17
		Página: Página 1 de 1

Conforme al derecho de Habeas Data reconocido por el artículo 15 de la Constitución Política y desarrollado en la ley 1581 de 2012 y en cumplimiento con lo establecido por el artículo 10 del decreto 1377 de 2013, Clínica Portoazul con NIT 900.248.882-1 le solicita que nos permita continuar con el tratamiento de sus datos personales, los cuales se conservarán y manejarán con el grado de protección adecuado, tomándose las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros que lo puedan utilizar para finalidades distintas para las que han sido solicitados al usuario. La información recolectada será utilizada principalmente en:

1. Creación de historia clínica.
2. Solicitud de autorizaciones a entidades aseguradoras.
3. Referencia y contra referencia de pacientes.
4. Comprobación de derechos ante la entidad aseguradora, medicina prepagada y sistema general de seguridad social en salud.
5. Mantener un canal de comunicación eficiente con nuestros pacientes.
6. Evaluar la calidad de nuestros servicios.
7. Información comercial, publicitaria o promocional sobre los servicios, eventos y/o promociones de tipo comercial o no de estas, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos de carácter comercial o publicitario.

Estas actividades la podremos realizar mediante correo físico, electrónico o a través de cualquier medio análogo y/o digital de comunicación, conocido o por conocer. Usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos personales, lo cual lo puede hacer a través y mediante comunicación escrita dirigida a: servicio al paciente, a la siguiente dirección electrónica: datospersonales@clinicaportoazul.com

*Para mayor información sobre nuestra política, visite nuestra página web: www.clinicaportoazul.com

Teniendo en cuenta lo anterior, Yo _____
identificado con _____ número _____
de _____, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita,
informada, e inequívoca a Clínica Portoazul S.A para tratar mis datos personales de
acuerdo con la Política de tratamiento de datos personales de la Clínica y para los
fines relacionados a su objeto social y en especial para fines legales, contractuales,
comerciales descritos en esta política. La información obtenida para el tratamiento
de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y verídica.

Firma: _____

Fecha: _____