

	<b>CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE COPIA DE HISTORIA CLINICA POR CORREO ELECTRONICO</b>	Versión 1
	<b>IPS</b>	Fecha de vigencia: 2021-04-21

Fecha de solicitud	DD	MM	AAAA
--------------------	----	----	------

1. Datos del Paciente							
Nombres y Apellidos							
Documento de Identidad					Teléfono		
Fecha de ingreso	DD	MM	AAAA	Fecha de egreso	DD	MM	AAAA
Servicio				EPS			
2. Consentimiento para el envío de copia de historia clínica por correo electrónico:							
<p>Yo, en mi calidad de titular de los datos, cuyo nombre e identificación está indicada en el numeral 1, autorizo expresamente a IPS Comfamiliar Atlántico, responsable del tratamiento de datos personales, para el envío de la copia de mi historia clínica, vía correo electrónico, al siguiente e-mail:</p> <p>_____.</p>							
3. Declaraciones							
<p>Declaro que:</p> <p>(i) Que soy el titular de los datos de conformidad con la ley.            (ii) Que la información que he suministrado es veraz.            (iii) Que autorizo el tratamiento de mis datos para los fines indicados en el presente documento.</p> <p>Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes del envío de la información y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.</p> <p>Firma: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono/Celular: _____</p>							

COMFAMILIAR ATLANTICO comunica que en el marco de este consentimiento informado que autoriza de forma libre la realización del procedimiento aquí mencionado, los datos personales serán tratados de acuerdo con el Aviso de Privacidad y Autorización del Tratamiento de Datos Personales otorgado de forma previa, expresa e informado conforme las finalidades allí contenidas y las indicadas en la Política de Privacidad. Tenga presente que la política puede ser consultada y el ejercicio de Habeas Data puede ser ejercido a través de los siguientes canales: correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 – 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el habeas data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos.