

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES PARA EL AGENDAMIENTO DE CITAS MÉDICAS DE PACIENTES

ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA S.A.S (en adelante, la “Clínica”) identificada con el NIT 900.582.598-3, ubicada en la dirección Calle 167 No. 72 - 07 de la ciudad de Bogotá D.C., en desarrollo de lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, así como en la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en la página web www.clinicalacolina.com, informa:

La Clínica podrá tratar los datos personales de los pacientes para las finalidades descritas en esta autorización y que se encuentran desarrolladas en mayor medida en la Política de Tratamiento de Datos Personales de La Clínica, la cual está disponible en la página web www.clinicalacolina.com:

Finalidades

- Recolectar los datos personales directamente o a través de terceros para el registro y agendamiento de citas médicas, prestar los servicios de salud ofrecidos por la Clínica y cumplir con las obligaciones derivadas de estos.
- Enviar notificaciones o hacer seguimiento al agendamiento a través de su correo electrónico, llamada telefónica o mensaje de texto, de acuerdo con los datos relacionados en el formulario de registro de datos para el agendamiento de citas.
- Desarrollar actividades administrativas y financieras como la solicitud o acompañamiento en la gestión de la autorización médica, facturación, contabilidad, conocimiento de clientes, auditorias y verificación de medios de pago y demás establecidas en la ley.
- Efectuar estadísticas internas relacionadas con la plataforma de agendamiento, entre otros, que permitan la optimización de los servicios.
- Contactarlo para evaluar la calidad, experiencia y/o satisfacción de los servicios prestados por la Clínica, por cualquier medio o canal tales como e-mail, correo postal, teléfono, celular, SMS o similares.
- Realizar actividades de mercadeo tales como perfilación de pacientes, y envío de comunicaciones informativas o promocionales de la Clínica relacionada con los servicios de salud ofrecidos por esta; o por su matriz y vinculadas, por cualquier medio o canal tales como e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, SMS, redes sociales o similares.

Entiendo y acepto que la información tratada por la Clínica podrá incluir aquella relativa o relacionada a la salud, considerada como información sensible, la cual resulta indispensable para el agendamiento y la prestación eficiente del servicio. En consecuencia, autorizo el uso de esa información, así como de la que se genere durante la prestación del servicio.

Adicionalmente, manifiesto que, por medio de la presente autorización, se me ha informado que el suministro de datos de naturaleza sensible y de menores de edad (niños, niñas y adolescentes), se entenderá facultativo, salvo aquellos de los que tenga una obligación legal de suministrar, como los requeridos para la prestación de los servicios de salud y demás definidos en la Ley.

Así mismo, declaro que la Clínica ha puesto en mi conocimiento los derechos del Titular del dato personal, especialmente: conocer, actualizar y corregir mis datos personales, así como solicitar su supresión o revocar la autorización otorgada para el tratamiento, entre los demás derechos contemplados en la Ley. Estos derechos los podrá ejercer el Titular o su causahabiente a través del correo electrónico: datospersonales@clinicadelcountry.com o por escrito radicado en a la Carrera 16 No. 82 - 57 de Bogotá, D.C., dirigido al Oficial de protección de datos personales.

La Clínica garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de los datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado en su página web.

Por lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, inequívoca e informada a la Clínica a tratar mis datos personales durante el tiempo que sea razonable y necesario. Esta autorización es aceptada con pleno conocimiento de su contenido y de sus alcances legales. En caso de actuar en representación de un menor de edad, manifiesta que cuenta con la facultad legal que le permite hacer estas declaraciones en su nombre, y declara estar debidamente autorizado por la ley y/o por el Titular o sus familiares, para entregar los datos personales del Paciente.