AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. ¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE?

Entidad Responsable	INSTITUTO DEL CORAZÓN DE BUCARAMANGA
NIT	804.014.839-1
Dirección	Carrera 28 No. 40-11 Bucaramanga
Canal de Privacidad	atencionalusuario@institutodelcorazon.com
Política de Tratamiento de Datos Personales, disponible en	www.institutodelcorazon.com.

2. MANIFESTACIÓN DE CONSENTIMIENTO

DECLARACIÓN DEL TITULAR: Al firmar o aceptar este documento, autorizo de manera previa, expresa e informada a Instituto del Corazón de Bucaramanga ICB para que recolecte, almacene, use, circule y suprima mis datos personales y la de mis representados.

SU DECISIÓN: Se le informa de manera explícita que usted NO ESTÁ OBLIGADO a autorizar el tratamiento de su información sensible. El suministro de estos datos es totalmente FACULTATIVO.

3. DATOS RECOLECTADOS Y FINALIDADES

A continuación, se relacionan los tipos de datos que recolectamos y el uso exacto que les daremos:

Tipos de Datos	Finalidades del Tratamiento
Datos de identificación: Nombre y apellido, número de cédula, tarjeta de identidad, registro civil, nacionalidad, estado civil, fecha de nacimiento, edad, género. **Datos de contacto – ubicación:** Dirección de residencia, dirección de correo electrónico, número de teléfono, contacto de emergencia. **Datos Familiares y personales:** Información del acudiente, responsable o familiar autorizado, parentesco, información del grupo familiar cuando sea requerida para la atención en salud, profesión, ocupación u oficio, actividad económica **Datos Sensibles:** Historia clínica, diagnósticos médicos, resultados de exámenes médicos, resultados de laboratorio, imágenes diagnósticas, epicrisis, imágen, grabaciones de voz, grabación de video, información de menores de edad, información biométrica.	1. Prestar servicios médicos y demás servicios de salud ofertados por la institución. 2. Gestionar la atención integral del paciente desde el ingreso hasta el egreso. 3. Administrar la historia clínica y demás registros asistenciales conforme a la ley. 4. Gestionar exámenes, imágenes diagnósticas y procedimientos médicos. 5. Coordinar remisiones, interconsultas y continuidad del tratamiento. 6. Realizar seguimiento clínico, preventivo y post tratamiento. 7. Desarrollar programas de promoción, prevención y control del riesgo cardiovascular. 8. Agendar, confirmar, cancelar y reprogramar citas y procedimientos. 9. Gestionar agendas, listas de espera y asignación de profesionales. 10. Contactar al paciente y enviar recordatorios e indicaciones relacionadas con su atención. 11. Atender peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

Datos administrativos y de aseguramiento: EPS / IPS, ARL. **Datos financieros:** Información financiera.	12. Prestar servicios de telemedicina, teleorientación y telemonitoreo. 13. Implementar herramientas tecnológicas de apoyo clínico y seguimiento. 14. Gestionar facturación, cobro, recaudo, cartera y devoluciones. 15. Administrar la relación con pacientes, EPS, IPS, ARL y entidades pagadoras. 16. Emitir facturas, cuentas de cobro y soportes financieros. 17. Gestionar autorizaciones y validaciones con aseguradoras o pagadores. 18. Cumplir obligaciones legales, regulatorias y sanitarias. 19. Atender requerimientos de autoridades y conservar registros conforme a la ley. 20. Gestionar riesgos clínicos, operativos y de seguridad de la información. 21. Desarrollar investigaciones científicas, clínicas y epidemiológicas. 22. Elaborar indicadores, reportes estadísticos y analítica de datos. 23. Enviar información institucional y campañas de prevención y promoción en salud. 24. Implementar controles de acceso y sistemas de videovigilancia para seguridad institucional. 25. Gestionar incidentes de seguridad física, digital y protección de datos personales. 26. Transmitir o transferir información a terceros con quienes el ICB tenga relación y sea necesario.

4. SUS DERECHOS COMO TITULAR

Como titular, usted tiene derecho a:

Conocer, actualizar y rectificar sus datos.
Solicitar prueba de esta autorización.
Ser informado del uso dado a sus datos.
Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato (salvo deber legal/contractual).
Acceder gratuitamente a sus datos.
Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio.

5. FIRMA

Certifico que he leído la información anterior y que he sido informado sobre el tratamiento que se dará a mis datos personales.

Nombre Completo del Titular: _____

Número de Cédula: _____

Firma: _____

Fecha: _____ **/** _____ **/** _____

(Si aplica) Firma del Representante Legal (para datos de menores): _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

De conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, se me ha informado que la entrega de datos sensibles es FACULTATIVA y que no estoy obligado a autorizar su tratamiento. En ese sentido, manifiesto de manera libre y voluntaria:

[ ] SÍ AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales sensibles.

[ ] NO AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales sensibles.