AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En calidad de paciente y/o usuario de LA ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA DE YALI certifico que:

En cumplimiento de lo estipulado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, LA ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA DE YALI ha sido respetuosa de la información personal suministrada por mí y que reposa en sus bases de datos (tales como hoja de vida y/o historia clínica), en tal sentido y en cumplimiento de dichas disposiciones me han informado que:

1. Para el tratamiento de dicha información se han implementado todas las políticas de protección, custodia, privacidad y confidencialidad conforme a la ley y al manual interno de tratamiento de datos personales adoptado por la entidad.
2. Que la misma se encuentra a mi disposición para que la pueda conocer, actualizar, rectificar y/o suprimir a través de comunicación por cualquier medio en su sede principal o a través de los mecanismos de comunicación electrónica a mi disposición a través de su secretaría.

Para estos efectos, me han informado suficientemente sus datos de contacto tales como dirección, teléfono, página web y correo electrónico.

En tal virtud autorizo expresamente a LA ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA DE YALI para que trate y transfiera mis datos personales presentes en sus bases de datos siempre que no sean datos de los definidos como sensibles por la ley 1581 de 2012 o que siéndolos se trate de alguna de las causales de excepción consagradas en la misma ley.

Atentamente,

_____

USUARIO