

Consentimiento para el Tratamiento de Datos Personales

Con la presente autorizó a **EL CONSULTORIO DERMATOLOGICO DE LA DRA BEATRIZ ARMAND** a actuar como responsable del tratamiento de mis datos personales o los del paciente del cual actúo como persona responsable o acudiente:

Nombre del paciente: _____, identificado con c.c. _____

Para que recolecte, use y trate esta información de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales del consultorio disponible en www.drbeatrizarmand.com

- i. Es de carácter voluntario responder preguntas sobre datos sensibles, o sobre menores de edad. Son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual.
- ii. Mis derechos como titular y/o los del paciente relacionado en parágrafo primero, sobre los datos entregados, son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
- iii. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por **EL CONSULTORIO DERMATOLOGICO DE LA DRA BEATRIZ ARMAND** y observando la política de tratamiento de datos personales del consultorio o través del correo dermatología@drbeatrizarmand.com
- iv. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico dermatología@drbeatrizarmand.com
- v. **EL CONSULTORIO DERMATOLOGICO DE LA DRA BEATRIZ ARMAND** garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
- vi. Si mi caso puede ser de utilidad científica o de pauta publicitaria y para tal fin se hayan tomado fotografías y videos, autorizo que sean proyectadas en la página web del consultorio, cartillas de salud, revistas y demás métodos de divulgación medica.
- vii. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al consultorio para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales del consultorio.

La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en Bogotá, el D / M / A

Firma

Nombre: _____

Identificación: _____