

El Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., con Nit. 890.307.200-5, en adelante Clínica Imbanaco – Grupo Quirónsalud, será el Responsable del tratamiento de mis datos personales incluyendo mis datos sensibles y, en tal virtud, podrá recolectar, almacenar, usar para las siguientes finalidades:

Gestionar una correcta prestación de los servicios de salud que ofrece la Clínica. Tramitar encargos, solicitudes o cualquier tipo de petición que sea realizada por usted como usuario de nuestros servicios a través de cualquiera de las formas de contacto y efectuar encuestas de satisfacción respecto a los servicios ofrecidos. Elaborar estudios estadísticos. Gestionar procesos de cobranzas prejurídica y jurídica. Enviar a su correo electrónico y/o dirección física o por el canal de contacto suministrado, invitaciones a eventos, comunicaciones comerciales y publicitarias relacionadas sobre productos y servicios ofrecidos por la Clínica o sus afiliados, aliados comerciales y/o estratégicos con los que se pacte algún acuerdo de promoción comercial entre sus clientes. Realizar auditorías para el mejoramiento de la calidad y seguridad en la atención a pacientes y desplegar acciones enfocadas al mejoramiento de la calidad de los servicios asistenciales directamente por la Clínica a través de terceros en calidad de encargados. Garantizar la seguridad de bienes o personas a través del sistema de videovigilancia en las zonas de ingreso y en el interior de la institución.

Manifiesto que me informaron que, en la recolección de mi información sensible, tengo derecho a contestar o no las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular cuyo uso indebido puede generar discriminación. Con esta aclaración manifiesto que autorizo gestionar mi Historia Clínica para la realización de ayudas diagnósticas y/o terapéuticas por terceros prestadores de servicios de salud, para cumplir requerimientos de las entidades del Estado y/o sus delegadas, para el control y vigilancia epidemiológica, para investigación con fines estadísticos, científicos y generación de conocimiento relacionado con la práctica clínica que permita fortalecer el desarrollo científico en pro del bienestar de la sociedad. Los datos personales proporcionados incluyendo los datos sensibles, serán tratados para dar cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales que le asisten a la Clínica como prestador del servicio esencial de salud dentro del marco regulatorio vigente.

El titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normativa vigente tiene derecho a: Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento. Solicitar la actualización y rectificación de su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado. Solicitar prueba de la autorización otorgada. Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información. Abstenerse de responder las preguntas de datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes.

Estos derechos los podré ejercer a través de los canales o medios dispuestos por la Clínica: el conmutador: (2) 3821000 ext. 41141 - 41063, el correo electrónico privacidad@imbanaco.com.co y las oficinas de atención en la carrera 38 A No. 5 A-76- piso 2, disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud.

Por todo lo anterior, otorgo mi consentimiento a la Clínica para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta por la Clínica en la página web: www.imbanaco.com y que me dió a conocer antes de recolectar mis datos personales.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: _____

Firma: _____

Paciente: _____

*Responsable/acompañante: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Fecha: _____

**Se diligencia si el paciente es menor de edad o no está en capacidad de dar su consentimiento.*