

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Código: GC-FT-29

Versión: 1

PARA EL ENVÍO DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO AL USUARIO

Fecha: 30/07/2020

Página 1 de 1

I. INFORMACIÓN PACIENTE

Fecha de solicitud: Día: Mes: _____ Año:
No. Documento de identidad: _____ Nombre del usuario: _____
Fecha de la atención: Desde __/__/__ - Hasta __/__/__
Sede que brindo la atención: (Bogotá, Manizales, Medellín, Ibagué, Sogamoso, Cali, otra) _____

II. CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO

Yo, en mi calidad de titular de los datos, cuyo nombre e identificación está indicada en el numeral I, autorizo expresamente a la IPS Maple Respiratory S.A.S, identificada con NIT. 900611961-1 y responsable del tratamiento de datos personales, para el envío de la copia de mi historia clínica, vía correo electrónico, al siguiente.

Email: _____

III. DECLARACIONES

Declaro que:

- (i) Que soy el titular de los datos de conformidad con la ley.
- (ii) Que la información que he suministrado es veraz.
- (iii) Que autorizo el tratamiento de mis datos para los fines indicados en el presente documento.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes del envío de la información y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Puede consultar los derechos como titular de sus datos, así como los canales para ejercerlos en la Política de Tratamiento contenida en el link: <https://www.maplerespiratory.co/wp-content/uploads/2019/09/Manual-de-poli%CC%81ticas-web- -MAPLE-RESPIRATORY-I.P.S.-S.A.S .pdf>

Firma: _____

Nombre: _____

Teléfono de contacto: _____

En caso que no le sea posible imprimir y firmar este documento, puede transcribirlo completo en una hoja en blanco, firmarlo y escanearlo para su envío.