

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

JORGE ALBERTO ESPINOSA REYES, médico especialista en Otorrinolaringología y cirugía plástica facial, dando cumplimiento con lo establecido por la **Ley 1581 de 2012**, en su decreto reglamentario 1377 de 2013 y en la Constitución Nacional, respecto de la **Protección de datos personales**, informa que:

Los datos personales que usted como paciente me suministre, serán tratados con medidas de seguridad tanto físicas, técnicas, tecnológicas y administrativas con la finalidad de impedir que terceros no autorizados accedan a los mismos; lo anterior en virtud de la actividad profesional que ejerzo y desarrollo.

El responsable de las bases de datos personales y del tratamiento de los mismos soy yo, **JORGE ALBERTO ESPINOSA REYES**, quien como médico especialista presto mis servicios en mi consultorio particular identificado como el 3005 del Edificio INO ubicado en la calle 127 A No.7-53 de la ciudad de Bogotá D.C., por lo que recogeré los datos directamente, o a través de las personas que como empleados he delegado para tal fin; tal información la destinaré y sus datos serán usados para el archivo que como médico llevo en mi consultorio, y que corresponde a las historias clínicas; así mismo para **A)** enviar información a mis pacientes acerca de los servicios por mí brindados; **b)** programar con ellos citas médicas y procedimientos médicos y quirúrgicos; **c)** comunicarles promociones y/o descuentos; y las demás que se desprendan de mi actividad profesional médica.

Usted podrá ejercer los derechos que la ley establece, siguiendo los procedimientos que en el **Manual de Protección de Bases de Datos** se encuentra publicada en mi consultorio, o en la página web www.plasticacolombia.com y haciendo uso de los diversos formularios que en los mismos sitios se encuentran a su disposición.

En caso de tener dudas e inquietudes relacionadas con el presente tema, puede escribirme al correo electrónico **info@plasticacolombia.com** o comunicarse conmigo a los teléfonos **(01) 7495305 // 316 5226537**. Siendo importante comunicarle que en caso de tener que realizar modificación alguna al presente aviso, le será este hecho comunicado a través de los medios que dispongo para este fin.

Leído lo anterior, manifiesto que **AUTORIZO** al **Dr. JORGE ALBERTO ESPINOSA REYES**, y a las personas que él disponga para el **tratamiento de los datos personales por mí suministrados** en mi calidad de paciente; así mismo declaro que soy el titular de la información reportada en este formulario para autorizar el tratamiento de mis datos personales, así como, que la información por mí suministrada lo ha sido de manera voluntaria, completa, veraz, confiable y exacta.

Favor diligenciar en letra imprenta, sin tachones o enmendaduras; los campos son obligatorios:

NOMBRES COMPLETOS: _____	APELLIDOS: _____
DOCUMENTOS IDENTIFICACIÓN: (marque con una X):	CC ___ CE ___ PASAPORTE ___
No DE IDENTIFICACIÓN: _____	LUGAR DE EXPEDICION _____
DIRECCIÓN (ELECTRÓNICA Y/O POSTAL): _____	
TELEFONO: _____	

FIRMA: _____ **C.C.No.** _____