



RAFAEL GARRIDO SOLANO
CIRUJANO VASCULAR

Anexo 1: Formato para la autorización de datos personales

Por medio del presente documento y en conformidad con lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto reglamentario 1377 de 2013 y demás normas concordantes sobre protección de datos personales, Yo autorizo de manera previa, expresa e inequívoca al **CONSULTORIO MÉDICO RAFAEL GARRIDO SOLANO**, para recolectar, almacenar, administrar, procesar, transferir y utilizar toda la información que pueda relacionarse a mí que le he proporcionado ahora o en el pasado, los cuales serán destinados para las siguientes finalidades:

- Creación y actualización de su historia clínica.
- Comprobar si tiene derecho ante la aseguradora de Medicina Prepagada.
- Solicitar la autorización ante su aseguradora de medicina prepagada.
- Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestro servicio.
- Confirmar, reprogramar o cancelar sus citas agendadas.
- Evaluar la calidad de nuestro servicio de consulta externa.

En señal de aceptación, firma la presente autorización el titular de los datos personales.

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NUMERO TELEFONICO: _____

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: ____/____/____

ACEPTO: _____

NO ACEPTO: _____





RAFAEL GARRIDO SOLANO
CIRUJANO VASCULAR

Consentimiento informado y autorización acceso a historias clínicas de pacientes por parte del equipo médico

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, paciente actualmente tratado por los doctores **RAFAEL GARRIDO SOLANO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **8.706.360**, **MAURICIO ALVIAR CABALLERO**, identificado con cedula de ciudadanía No **72.302.434**, **KEYNER TORO OSORIO**, identificado con cedula de ciudadanía No **1.102.806.304**. Entiendo que la historia clínica es el registro obligatorio de mis condiciones de salud, y que es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización mía o en los casos previstos por la ley. (Ley 23 de 1981. Artículo 34.)

Entiendo y soy consciente que este documento puede ser susceptible de contener datos sensibles, conforme lo que establece la ley 1581 de 2012, artículo 5, y por lo tanto **AUTORIZO DE FORMA EXPRESA**, el acceso a los datos e información médica contenida en mi historia clínica al equipo médico encabezado por el doctor **RAFAEL GARRIDO SOLANO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **8.706.360**, integrado por los doctores **MAURICIO ALVIAR CABALLERO** identificado con cédula de ciudadanía No. **72.302.434** y **KEYNER TORO OSORIO** identificado con cédula de ciudadanía No. **1.102.806.340**. Para que las personas anteriormente mencionadas e identificadas puedan acceder en cualquier momento a mi historia clínica, revisar la información en ella contenida y realizar las anotaciones pertinentes en la misma.

Así mismo, consiento para que tengan acceso a mi historia clínica, demás miembros del equipo médico, diferentes a las antes mencionadas, en caso de haberlos. Para que, con fines estrictamente clínicos, accedan a mi información médica en cualquier momento, revisen dicho contenido y realicen anotaciones y demás acciones en la misma.

Lo anterior de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la Resolución 1995 de 1999 sobre privacidad, reserva de datos y acceso a la historia clínica, los Decretos 1771 de 1994, 2463 de 2001, 2346 2007, 1352 de 2013, Decreto Ley 1295 de 1994, 019 de 2012, la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 1918 de 2009, Decreto 1443 de 2014; así como la norma (s) que las sustituya, modifique o complemente.

Acepto: _____

C.C: _____

