

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En Clínica Odontológica A.H S.A.S, valoramos sus derechos como usuarios y con el ánimo de proteger la confidencialidad de su información personal y la reserva propia de la historia clínica, la Clínica Odontológica A.H S.A.S, le informa que con la firma de este documento, sus datos personales incluyendo los sensibles, recopilados en todo su proceso de atención, se utilizarán conforme a las finalidades establecidas en nuestra política de tratamiento de datos, la cual puede ser consultada en la página www.glahden.com.

Con el diligenciamiento de esta documento, usted autoriza de manera expresa, previa, libre, voluntaria e informada a la clínica Odontológica A.H S.A.S, para que recolecte, clasifique, almacene, utilice, archive de cualquier otra manera trate sus datos personales para las funciones propias de la Clínica, entre ellas, soportar la atención odontológica, remitir información a su aseguradora, gestionar procesos de cobro, realizar encuestas de satisfacción, elaborar estudios estadísticos, científicos y/o investigativos; enviar por cualquier canal suministrado (correo electrónico, SMS, físico), resultado de exámenes diagnósticos, información empresarial académica, comercial y/o promocional de la Clínica Odontológica A.H S.A.S, sus aliados comerciales y/o estratégicos siendo relacionada con el objeto social.

Si usted desea conocer (de manera gratuita), actualizar, rectificar (datos inexactos, incompletos, fraccionados que induzcan al error), o suprimir los datos que nos ha suministrado, envía un correo electrónico al correo a datospersonales@glahden.com, donde se le dará trámite a su solicitud de conformidad con lo establecido por los artículos 14 y 15 de la ley 1581 de 2012, 20 a 23 de decreto 1377 de 2013 y demás normas vigentes.

Se aclara que puede abstenerse de responder las preguntas de datos sensibles o sobre de datos de las niñas, niños y adolescente.

Por lo anterior solicitamos se sirva diligenciar el siguiente formato, así:

Yo, _____, identificada con (C.C, CE, TI, RI),
_____ de _____.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales incluyendo los sensibles SI ___ NO ___

Autorizo me contacten y envíen información por SMS, correo electrónico o cualquier otro medio

Físico o digital SI ___ NO ___

Correo electrónico: _____

Celular: _____ **Dirección:** _____

FIRMA

Si la o el paciente es menor de edad o no está

en capacidad de dar su consentimiento, se adiciona.

Nombre responsable / acompañante _____

Identificación: _____

Celular: _____

Dirección: _____

 +57 (2) 315 6337 - 315 831 7782 310 390 3619 Calle 9 # 40 - 19 Barrio los Cambulos **Cali - Valle** servicioalcliente@clinicadentah.com