



Clínica
La Colina

**CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR
CORREO ELECTRÓNICO COLINA – PACIENTE**

I. Información paciente:

Fecha de solicitud: _____ No. Documento Paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Servicio: Urgencias Hospitalización Ambulatorio

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 Administradora Clínica La Colina S.A.S, operador de Clínica la Colina, identificada con Nit. 900-582.598-3 y responsable del tratamiento de datos personales, para el envío de la copia de mi historia clínica, vía correo electrónico, al siguiente e-mail: _____.

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.clinicadelcountry.com/privacidad-y-tratamiento-de-datos>.

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 o fotografiarlo para su envío.