



## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN PERSONAL

Proceso: Gestión de la Información

Versión: 01

Código: GI-FO-254

Fecha de aprobación: 10-  
Octubre-2016

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Señor Usuario, Proveedor, Socio

La Clínica de Otorrinolaringología de Antioquia S.A – ORLANT, es una institución que para el cumplimiento de su objeto social, *prestar servicios de salud*, requiere recolectar información personal, información que a la luz de la normativa vigente, debe ser legalmente tratada.

El tratamiento de la información comprende su recolección, almacenamiento, uso, circulación, modificación y/o supresión.

Para tranquilidad de todos, LA CLINICA ha limitado el uso de la información en las siguientes finalidades.

- a. **Informativos**. Para dar a conocer los cambios de horarios en nuestros servicios.
- b. **Científicos**. Para brindar información relativa a descubrimientos o avances científicos nacionales e internacionales relacionados con los servicios que oferta LA CLINICA.
- c. **Publicitarios**: Para promocionar nuevos servicios y/o procedimientos médicos ofertados por LA CLINICA.
- d. **Educativos**: Para orientar a nuestros pacientes y acompañantes en actividades de prevención y promoción de la salud.
- e. **Comerciales**: Para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de las relaciones contractuales existentes con los grupos de interés.
- f. **Formativos**: Para dar a conocer los eventos académicos, publicaciones.
- g. **Investigativos**: Para informar los avances de los procesos de investigación que se desarrollan en LA CLINICA.

La información que se registrará en las bases de datos de LA CLÍNICA, son, entre otros, nombres y apellidos completos, identificación, dirección, teléfonos, correos electrónicos y fecha de nacimiento. Esta información en cualquier momento y de acuerdo con la ley 1581 de 2012, puede modificarse y/o ejercer el derecho a la supresión de datos personales.

En el evento que se requiera conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de los datos, se puede comunicar, con el oficial de protección de datos a la dirección Calle 34 Nro. 63ª-30 Barrio Conquistadores y/o al correo [protecciondedatos@clinicaorlant.com](mailto:protecciondedatos@clinicaorlant.com)

Con la información anterior, manifiesto que conozco las finalidades de uso de mis datos, me han informado sobre el adecuado tratamiento de mis datos personales y los derechos que tengo como titular de la información, por tanto Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) con documento de identidad número \_\_\_\_\_, SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Autorizo a **la Clínica de Otorrinolaringología de Antioquia S.A- ORLANT** para que realice el tratamiento de mi información personal. Y Me comprometo a conocer el aviso de privacidad y la Política mencionada disponible en [www.clinicaorlant.com](http://www.clinicaorlant.com). Así mismo, autorizo a LA CLÍNICA **ORLANT** S.A, para modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de sus servicios o productos, dando aviso previo por medio de su página web.

Firma del titular

CC.