

	AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Código: GT-FO-009
		Versión: 002
		Fecha: Junio 2026
		Página 1 de 2

La **CLÍNICA ANTIOQUIA S.A.** en calidad de responsable del tratamiento con el fin de cumplir con la Ley 1581 de 2012, *“Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”*, le solicita por este medio su consentimiento previo y expreso para realizar la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, tratamiento de sus datos personales, incluyendo datos sensibles, como las huellas digitales, fotografías, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley.

De igual forma, le informamos que la **CLÍNICA ANTIOQUIA S.A.** cuenta con una **Política de Tratamiento de Datos Personales** ajustadas a la normatividad colombiana sobre la materia, la cual le ha sido informada y puede consultar en todo momento en nuestra página web: www.clinicantioquia.com.co

El abajo suscrito autoriza a la **CLÍNICA ANTIOQUIA S.A.** para que consulte y/o reporte en centrales de riesgo crediticio en Colombia el comportamiento de pago o no pago que pueda desprenderse de la relación de prestación del servicio asistencial de salud que se impute a su cargo.

El tratamiento de los datos personales que usted autoriza por medio del presente documento se realizará de acuerdo con las finalidades descritas en la mencionada Política, en particular serán tratados para las siguientes finalidades:

- Documentar las actividades médicas.
- Gestionar de órdenes médicas y medicamentos.
- Gestionar autorizaciones servicios de salud.
- Gestión de cobros y pagos.
- Ejecutar el control, seguimiento, monitoreo, vigilancia y, en general, garantizar la seguridad de las instalaciones de la Clínica.
- Realizar funciones propias de la Institución.
- Soportar la atención médico asistencial.
- Enviar resultados de exámenes diagnósticos, o enviar información relativa a la institución.
- Conocer de manera constante las necesidades de los usuarios, con el fin de fortalecer las relaciones y fomentar la innovación empresarial.
- Realizar estudios de satisfacción.
- Cumplir con las exigencias requeridas por las entidades que vigilan y regulan el sector salud.

El titular autoriza expresamente a la **CLÍNICA ANTIOQUIA S.A.** a realizar transmisión y transferencia de sus datos incluyendo los sensibles, a terceros ubicados dentro y/o fuera del territorio colombiano en desarrollo de las finalidades arriba mencionadas.

Entendiendo lo anterior, yo: _____, mayor de edad, identificado con: _____ N° _____, actuando en nombre propio o como

	AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Código: GT-FO-009
		Versión: 002
		Fecha: Junio 2026
		Página 2 de 2

representante legal de la persona con incapacidad absoluta o menor de edad para tomar decisiones, cuyo nombre es: _____ con _____ N° _____, hago la siguiente declaración:

Autorizo Si (☐) No (☐) a la Clínica Antioquia S.A. para el tratamiento de mis datos personales.

Autorizo Si (☐) No (☐) a la Clínica Antioquia S.A., el envío de los resultados de los exámenes diagnósticos e historia clínica por correo electrónico:

Email: _____

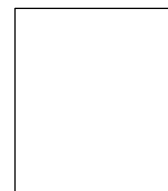
Dicha autorización para adelantar el tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles, se extiende durante la totalidad del tiempo en el que se presten servicios médicos por parte de la **CLÍNICA ANTIOQUIA S.A.**, y con posterioridad a la terminación de esta, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos personales, fueron inicialmente suministrados.

De igual forma, declaro que me han sido informados y conozco los derechos que el ordenamiento legal conceden al titular de los datos personales las cuales se encuentran consignados dentro del Manual de Tratamiento de Datos Personales de **CLÍNICA ANTIOQUIA S.A.** el cual declaro que lo conozco y lo acepto y que la información por mí proporcionada, es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable.

Si con posterioridad a la autorización para el tratamiento de sus datos decide hacer uso de su derecho actualizar, rectificar, modificar o revocar la autorización otorgada a la **CLÍNICA ANTIOQUIA S.A.**, lo invitamos a ejercer estos derechos a través del correo electrónico protecciondedatos@clinicantioquia.com.co dispuesto por la clínica para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de sus datos personales.

Firma del paciente o representante legal: _____

(Bastará la huella del índice derecho si el paciente o su representante manifiesta no saber firmar)



Se firma a los _____ días del mes de _____ de _____.