El Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro, con Nit. 890907254-7, informa que los datos personales suministrados por sus pacientes y obtenidos durante todo el trámite de atención en salud, serán recolectados, almacenados y tratados de forma segura dando cumplimiento a los principios aplicables conforme al régimen jurídico vigente en Colombia y acorde con la Política de Privacidad adoptada por el HOSPITAL, disponible en el portal web www.eserionegro.gov.co

El HOSPITAL informa al titular y/o su representante legal que tienen el derecho de oponerse en cualquier momento a la recolección y tratamiento de información personal sensible. Se entiende por información sensible aquella que puede afectar la intimidad del titular o cuyo uso indebido pueda generar discriminación o peligro, así como la de menores de edad. En todos los casos, el HOSPITAL garantizará el respeto a los derechos prioritarios de los niños, niñas y adolescentes en el tratamiento de sus datos personales.

Se informa al titular que de acuerdo con lo establecido por el artículo 8 de la ley estatutaria 1581 de 2012, tiene derecho a:

- Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales cuando lo desee.
- Solicitar copia de este formato.
- Consultar sobre el uso o manejo que se dará a sus datos, contemplados en la política de protección de datos personales, disponible en la página web www.eserionegro.gov.co
- Revocar y/o solicitar la supresión de sus datos personales de las bases de datos o archivos; siempre y cuando sea permito por la norma legal.
- Presentar quejas cuando amerite, ante la entidad administrativa encargada de la protección de los datos personales.
- Recibir información institucional a través de mensajes de texto y/o correo electrónico.
- Que le sea garantizado confidencialidad y buen tratamiento de sus datos personales.

El titular de los datos personales podrá ejercer sus derechos mediante los siguientes medios:

- Correo electrónico a protecciondedatos@hospitalrionegro.gov.co
- Comunicación escrita a la dirección: Carrera 48 No. 56 - 59, en la ciudad de Rionegro, Antioquia.
- Comunicarse al teléfono fijo 604 5313700 extensión 119.

Siguiendo el principio de libertad, el titular de los datos personales otorga de forma clara, previa, expresa e informada al HOSPITAL, en su calidad de responsable del tratamiento, la autorización para el tratamiento de sus datos, incluyendo aquellos sensibles., en sistemas informáticos o archivos físicos propios del HOSPITAL, para las siguientes finalidades: Prestación de servicios de salud, Historial Clínico, Gestión de órdenes médicas y medicamentos, Gestión autorizaciones servicios de salud,

Programas de promoción y prevención, Registro de imágenes y exámenes diagnósticos, Gestión y control sanitario, Investigación epidemiológica y actividades análogas, Seguridad, Atención al usuario/cliente (Gestión PQR), Asistencia social, Capacitación, Fines históricos, científicos/académicos o estadísticos, Administración de Sistemas de Información, gestión de claves, administración de usuarios etc. Formación académica, técnica y profesional del personal de salud vinculado al HOSPITAL, Gestión administrativa, Gestión de cobros y pagos, Gestión de facturación, Encuestas de opinión, Prospección comercial, Custodia y gestión de información y bases de datos, Atención y seguimiento de Requerimientos de autoridades judiciales o administrativas, Verificación de datos y referencias, Envío de comunicaciones, Gestión de riesgos, realización de auditorías internas y/o externas, Ofrecimiento productos y servicios, Remisión de información a los titulares, relacionada con el objeto social del Hospital entre otras. Así mismo, para dar cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales que le asisten al HOSPITAL como prestador del servicio esencial de salud dentro del marco legal.

El titular otorga expresa autorización al HOSPITAL para llevar a cabo la transmisión y transferencia de sus datos, incluyendo los sensibles, a terceros ubicados tanto dentro como fuera del territorio colombiano, en cumplimiento de las finalidades mencionadas anteriormente y concede al HOSPITAL el permiso para consultar y/o reportar en centrales de riesgo crediticio en Colombia el comportamiento de pago o no pago que pueda surgir de la relación de prestación del servicio asistencial de salud que se le atribuya.

Como aceptación de los términos establecidos en este documento, frente a los datos de:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | | | | | | | | | | |
| CC | | TI | | CE | | PE | | Otro: | No. | |

Se registra firma del titular o su responsable:

Firma: _____

Nombre: _____

CC___ TI___ CE___ PE___ Otro_____

No. _____

Parentesco: _____