DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN Y REFRENDACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con la expedición de la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 se desarrolla el principio constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar todo tipo de información recolectada o que haya sido objeto de Tratamiento de datos personales en bancos o bases de datos y en general en archivos de entidades públicas y/o privadas.

FISIOPLUS S.A.S como institución que almacena y recolecta datos personales y sensibles, requiere obtener su AUTORIZACIÓN para que, de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, nos permita recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar Tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados e incorporados en nuestras bases o bancos de datos o en repositorios electrónicos. Esta información es y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de FISIOPLUS S.A.S en su condición de institución prestadora de salud dedicada a la terapia física, ocupacional, de lenguaje y respiratoria ambulatoria y domiciliaria.

FISIOPLUS S.A.S en los términos dispuestos por el artículo 10 del decreto 1377 de 2013 queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información a no ser que usted le manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito a la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto: telemedicina@fisioplus.co o a la dirección comercial de FISIOPLUS S.A.S

Si usted no desea que sus datos personales sean utilizados por FISIOPLUS S.A.S podrá revocar de manera parcial o total tal autorización de manera expresa e inequívoca, directa y por escrito, bien sea en medio físico o electrónico; o de manera oral o por cualquier medio o conducta inequívoca que permita concluir de forma razonable que se revoca tal autorización o consentimiento.

En el evento en que usted tenga alguna observación y/o comentario sobre el manejo y uso de sus datos personales o en caso de que usted considere que FISIOPLUS S.A.S dio un uso contrario al autorizado y a las leyes aplicables o no desee seguir recibiendo información relacionada con FISIOPLUS S.A.S y sus actividades, usted podrá contactarnos a través de comunicación dirigida al área de Gerencia, responsable de protección y Tratamiento de datos de FISIOPLUS S.A.S en:

DIRECCIÓN: CALLE 23 No 66-46 int 4 CONSULTORIO 419, BOGOTÁ D.C
CORREO ELECTRÓNICO: telemedicina@fisioplus.co

Declaro que he sido informado que FISIOPLUS S.A.S ha registrado las Políticas de Protección y Tratamiento de Datos Personales en la Superintendencia de Industria y Comercio, las cuales puedo consultar en cualquier momento, y éstas contienen en forma amplia y suficiente mis derechos y obligaciones como titular de los datos, aquellos que igualmente están previstos en la Constitución Política de Colombia, la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y cada una de las disposiciones legales y reglamentarias que me amparan y me protegen.

Al firmar este documento ?Consiento y autorizo de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en el presente documento y/o autorización?.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIO DE REAHBILITACIÓN EN FISIOPLUS SAS

Un procedimiento de rehabilitación es un tratamiento no invasivo dirigido a pacientes con padecimientos o con alguna discapacidad temporal o permanente de los sistemas: muscular, esquelético, nervioso, respiratorio, fonatorio, funcional entre otros. Puede ser de tipo programado, de paciente hospitalizado, ambulatorio o bien de urgencias, de corta o larga duración que puede involucrar uno o a varios sitios anatómicos, del cual se atenderá al de mayor importancia, en un lapso de 30 a 40 minutos de tratamiento.

Su objetivo es evaluar, impedir, corregir, aliviar y/o limitar o disminuir la incapacidad física, alteraciones motrices - cognitivas - de habla - de funcionalidad - postura - respiratorias, así como el dolor que se derive de los desórdenes congénitos y de las condiciones de envejecimiento, lesiones o enfermedades.

Los beneficios del tratamiento dependen del problema y lo oportuno de su realización y compromiso del usuario en acatar las recomendaciones dadas por el profesional, se puede obtener la recuperación de la funcionalidad producida por la lesión o la enfermedad, así como la disminución del dolor.

Los riegos del tratamiento que involucren medios físicos son: irritación dérmica, hematomas, inflamación en la lesión origen, aumento de la sensibilidad, quemadura. Otros riesgos que se está expuesto son dolor, cansancio y caídas, reacción adversa a medicamentos, taquicardia temporal, diagnostico errado. Estos son riegos que son altamente controlados por parte del profesional para evitar en lo posible que ocurran.

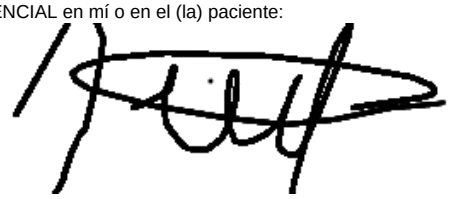
Adicionalmente, si usted requiere otra alternativa de tratamiento el profesional le explicara las opciones con las que cuenta. Usted puede elegir no aceptar que se le realice el tratamiento o bien buscar una segunda opinión, sin embargo, deberá estar consiente de los riesgos que conlleva a postergar la decisión, de acuerdo a la terapia que usted tenga y/o requiera, y las recomendaciones de su médico tratante y terapeuta.

Declaro que he leído y entendido la presente carta de consentimiento informado y he sido informado plenamente de los beneficios, riegos y posibles complicaciones del que se me ha descrito y que me fueron aclaradas todas mis dudas a satisfacción proporcionándome el tiempo suficiente para ello en el momento de mi valoración terapéutica.

Acepto y autorizo a los profesionales de FISIOPLUS S.A.S. para que me apliquen el tratamiento terapéutico o medidas terapéuticas adicionales que sean necesarias para el mantenimiento de mi estado de salud. Quedo en el entendido de que en todo momento habrá de mediar una buena comunicación expedita y una relación respetuosa con los terapeutas a quien voluntariamente he acudido en busca de ayuda profesional.

A la firma de este documento, ACEPTO y AUTORIZO que se me realice la valoración y/o la atención en la modalidad de TELEMEDICINA y/o

PRESENCIAL en mí o en el (la) paciente:



Firma del paciente
(o persona autorizada para firmar por el Paciente)

ARELI SUAREZ SAAVEDRA

Nombre del paciente
(o persona autorizada para firmar por el Paciente)

CC 1018441465

No. de Documento de Identidad del Paciente
(o persona autorizada para firmar por el Paciente)

Si es un firmante autorizado especifique cual es su relación: