

## 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: [gerencia@fisioplus.co](mailto:gerencia@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: AV. CALLE 13 No 65-21 LOCAL 21  
CORREO ELECTRÓNICO: [gerencia@fisioplus.co](mailto:gerencia@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 REAHABILITACIÓN 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

PRESENCIAL en mí o en el (la) paciente:

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping horizontal strokes with some diagonal lines, appearing to be a stylized name.

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

NOHORA STELLA FAJARDO FUENTES

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

CC 51989503

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: