

	Autorización para el Tratamiento de Datos Personales y Aviso de Privacidad	FR055-TIC
Fecha de Emisión: Enero 27 de 2022 Fecha de Actualización: Junio 09 de 2026 Fecha de Vigencia: Junio de 2031	VERSIÓN: 02	Página 1 de 1

DIME CLÍNICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A., identificada con NIT 860.024.390-3, en calidad de responsable del tratamiento, solicita su autorización libre, previa, expresa e informada para recolectar, almacenar, usar, actualizar, circular, transmitir y suprimir sus datos personales, incluidos los datos sensibles relacionados con la salud, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 2015 de 2020 y demás normas que regulan la protección de datos personales, la historia clínica electrónica interoperable y el Resumen Digital de Atención en Salud (RDA), incluyendo la Resolución 866 de 2021 y la Resolución 1888 de 2025.

Finalidades del tratamiento. Sus datos serán tratados para: (i) prestación de servicios de salud; (ii) gestión clínica, administrativa, contable y de facturación; (iii) agendamiento, referencia y seguimiento de la atención; (iv) cumplimiento de obligaciones legales y regulatorias, incluyendo RIPS y demás reportes exigidos; (v) seguridad del paciente, auditoría, calidad, estadística e investigación en salud cuando aplique; y (vi) interoperabilidad de la historia clínica electrónica y gestión del Resumen Digital de Atención en Salud (RDA), cuando corresponda.

Datos sensibles. Los datos relativos a la salud son sensibles. Su entrega es facultativa; sin embargo, puede ser necesaria para la adecuada prestación de los servicios de salud y para el cumplimiento de deberes legales del prestador. En el caso de niños, niñas y adolescentes, el tratamiento se realizará conforme al interés superior del menor y con la autorización del representante, cuando aplique.

Derechos del titular y canales de atención. Usted puede conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos, revocar la autorización cuando proceda y presentar consultas o reclamos mediante comunicación dirigida a DIME CLÍNICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A., Av. 5N No. 20N-75, Cali, Valle del Cauca, correo: habeasdata@dime.com.co, teléfono: +57 602 6080143 Ext. 769. La política de tratamiento de datos personales podrá ser consultada en la página web institucional y/o solicitada a través de los canales de atención indicados con la autorización del representante

Vigencia y confidencialidad. La autorización permanecerá vigente durante el tiempo necesario para cumplir las finalidades aquí informadas y los términos de conservación exigidos por la ley. La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva legal; solo será consultada o compartida en los casos autorizados por el titular o permitidos por la normatividad vigente.

1. Autorización para tratamiento de datos personales y sensibles: Declaro que he sido informado(a) sobre el tratamiento de mis datos personales y sensibles por parte de DIME CLÍNICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A., conforme a las finalidades descritas en el presente documento y la normatividad vigente aplicable.

2. Autorización opcional para contacto informativo: Autorizo el envío de información institucional, campañas de promoción y prevención y comunicaciones relacionadas con los servicios, a través de llamadas, mensajes de texto, WhatsApp, correo electrónico u otros medios físicos o electrónicos. SI ____ NO ____

3. Autorización para interoperabilidad de historia clínica electrónica e intercambio de Resumen Digital de Atención en Salud (RDA).: Autorizo a DIME CLÍNICA NEUROCARDIOVASCULAR S.A. para generar, consultar, visualizar, transmitir e intercambiar los datos clínicos relevantes y el RDA, exclusivamente para fines asistenciales, de continuidad del cuidado y de cumplimiento legal, dentro del marco de la interoperabilidad de la historia clínica electrónica. SI ____ NO ____

Fecha de autorización:	Nombre completo del titular:		
Documento de identidad:	Tipo: CC__ TI__ CE__ RC__ OTRO__		
Dirección de correspondencia:			
Ciudad:	Teléfono / Celular:		
Correo electrónico:	Propio__ Tercero autorizado__		
Si firma un representante o acudiente: Nombre, documento, parentesco o calidad en que actúa:			

Declaro que he leído y comprendido esta autorización. Firma del titular o representante: _____
 Ciudad y fecha: _____