SARMIDENT PLUS

Autorización para el tratamiento de datos personales y de salud

SARMIDENT PLUS S.A.S. · NIT 901.788.747-3 · Calle 127 # 13A-54, of. 403 y 404, Bogotá · Formato GD-01 · Versión 1

Ciudad y fecha: Bogotá D.C., _____ de _____ de 20____

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y apellidos			
Tipo de documento		**Número**	
Fecha de nacimiento		**Celular / WhatsApp**	
Correo electrónico			
Dirección			

2. REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O NO PUEDE FIRMAR)

Nombres y apellidos			
Tipo de documento		**Número**	
Parentesco		**Celular / WhatsApp**	

3. AUTORIZACIÓN

Yo, la persona que firma este documento, en nombre propio o en representación del paciente, autorizo de manera previa, expresa e informada a **SARMIDENT PLUS S.A.S.** (NIT 901.788.747-3), como responsable del tratamiento, para recoger, almacenar, usar, actualizar, transmitir y conservar mis datos personales, incluidos mis datos de salud, conforme a la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales de la clínica, para las siguientes finalidades:

- Agendar, confirmar, reprogramar y recordar citas por teléfono, WhatsApp, SMS o correo.
- Prestar los servicios odontológicos: valoración, diagnóstico, planeación, tratamiento y controles.
- Elaborar, custodiar y conservar mi historia clínica, incluidas radiografías, tomografías, escaneos intraorales, modelos y fotografías clínicas, conforme a la regulación en salud.
- Compartir la información necesaria con laboratorios dentales, centros radiológicos y proveedores de software que participan en mi atención, bajo acuerdos de confidencialidad.
- Facturar, gestionar pagos y trámites con mi aseguradora, EPS o medicina prepagada.
- Atender mis peticiones, quejas y reclamos, y medir la calidad del servicio.
- Cumplir los reportes que exijan las autoridades de salud y otras autoridades competentes.

4. DECLARO QUE FUI INFORMADO DE QUE

- Los datos de salud son **datos sensibles**. No estoy obligado a autorizar su tratamiento ni a responder preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de menores de edad. Sin embargo, algunos datos de salud son indispensables para atenderme de forma segura y, sin ellos, es posible que la clínica no pueda prestarme el servicio.

- Como titular tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos, solicitar prueba de esta autorización, ser informado sobre su uso, revocar la autorización y presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio después de agotar el trámite ante la clínica.
- La historia clínica no puede suprimirse mientras esté vigente el plazo legal de conservación (mínimo 15 años desde la última atención).
- Puedo ejercer mis derechos escribiendo a lrsarmiento@gmail.com, al WhatsApp 302 526 3025, al PBX 601 805 2047 o en la sede de la clínica.
- La política completa está disponible en www.sarmidentplus.com/politica-tratamiento-datos y en la recepción de la clínica.

5. AUTORIZACIONES OPCIONALES

Estas autorizaciones son voluntarias. Si responde que no, su atención no se verá afectada.

	SÍ	NO
Autorizo recibir recordatorios de controles e información de salud oral por WhatsApp, SMS, correo o llamada.	☐	☐
Autorizo recibir promociones, novedades y eventos de Sarmident Plus.	☐	☐
Autorizo que me contacten para encuestas de satisfacción.	☐	☐

*El uso de fotografías o videos en redes sociales, el sitio web u otros medios **no** está incluido en esta autorización y requiere el formato de autorización de uso de imagen.*

6. FIRMAS

_____ _____

Firma del paciente

Nombre: _____

Documento: _____

Firma del representante legal (si aplica)

Nombre: _____

Documento: _____

Espacio para uso de la clínica · Recibido por: _____ Fecha de registro: _____