



# Cláusula de Autorización para Datos Sensibles

## Radiólogos Asociados del Bajo Sinú S.A.S.

### 1. Información al Titular (Paciente/Usuario)

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, le informamos que al solicitar nuestros servicios de salud, **Radiólogos Asociados del Bajo Sinú S.A.S.** (en adelante "La IPS") realizará el tratamiento de sus Datos Personales, incluyendo la categoría de **Datos Sensibles**.

**Los Datos Sensibles que serán objeto de tratamiento incluyen, pero no se limitan a:**

1. **Datos de Salud y Clínicos:** Información sobre su estado de salud físico o mental, historial médico, medicamentos, hábitos, patologías y cualquier otro dato que revele su condición de salud.
2. **Imágenes Diagnósticas:** Archivos e información asociada a radiografías, resonancias, ecografías, tomografías y otros procedimientos de diagnóstico por imagen.
3. **Datos Biométricos:** Huella dactilar o reconocimiento facial (si aplica para sistemas de identificación, control de acceso o autenticación).

## 2. Finalidades Específicas del Tratamiento

Los datos sensibles se recolectan y tratan **exclusivamente** para las siguientes finalidades esenciales e indispensables para la prestación del servicio:

- **Diagnóstico Médico:** Realizar, procesar e interpretar las imágenes diagnósticas (radiología simple, especializada, TAC, RM, etc.).
- **Gestión Asistencial:** Integrar las imágenes e informes a su Historia Clínica, garantizando la continuidad y calidad de la atención médica.
- **Facturación y Auditoría:** Soportar los procesos de facturación, cobro y auditoría ante las EPS, ARL o cualquier entidad aseguradora.
- **Investigación y Docencia (anonimizada):** Utilizar las imágenes y datos de salud con fines científicos, estadísticos o de docencia, **siempre y cuando los datos sean previamente anonimizados o seudonomizados** para impedir su identificación.

## 3. Carácter Facultativo de la Autorización

Se le informa que usted tiene el derecho, pero no la obligación, de autorizar el tratamiento de sus Datos Sensibles.

**Advertencia Importante:** No obstante, el carácter facultativo, la negativa a suministrar o a autorizar el tratamiento de los Datos Sensibles relacionados con su estado de salud (historia clínica, imágenes diagnósticas) **imposibilita a La IPS para prestar de manera integral, oportuna y segura los servicios de salud requeridos**, incluyendo el agendamiento y la realización de los procedimientos diagnósticos.

## 4. Autorización Expresa y Explícita

Mediante la aceptación de esta cláusula, la firma física o la marcación del *checkbox* digital correspondiente, yo, [Nombre Completo del Titular], identificado(a) con [Tipo y Número de Documento], **declaro que he sido informado(a) de mis derechos** y de las finalidades del tratamiento, **entiendo el carácter facultativo** de suministrar mis Datos Sensibles (incluidos mis datos de salud e imágenes diagnósticas), y **otorgo mi consentimiento previo, explícito e inequívoco** a **Radiólogos Asociados del Bajo Sinú S.A.S.** para que realice el tratamiento de mis Datos Sensibles, de acuerdo con lo establecido en esta cláusula y en la **Política de**

**Tratamiento de Datos Personales** de la entidad.

**[ ] Acepto y autorizo el tratamiento de mis Datos Sensibles.** (Para uso en formularios digitales)

---

**[Espacio para Firma del Titular o Representante Legal]**

**Fecha de la Autorización:** \_\_\_\_\_