



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: _____