

**CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO COUNTRY – PACIENTE****I. Información paciente:**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ No. Documento Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

Servicio: Urgencias  Hospitalización  Ambulatorio **II. Consentimiento para el envío de copia de historia clínica por correo electrónico:**

Yo, en mi calidad de titular de los datos, cuyo nombre e identificación está indicada en el numeral I, autorizo expresamente a Administradora Country S.A.S, operador de la Clínica del Country, identificada con Nit. 830.005.028-1 y responsable del tratamiento de datos personales, para el envío de la copia de mi historia clínica, vía correo electrónico, al siguiente e-mail: \_\_\_\_\_.

**III. Declaraciones:**

Declaro que:

- (i) Que soy el titular de los datos de conformidad con la ley.
- (ii) Que la información que he suministrado es veraz.
- (iii) Que autorizo el tratamiento de mis datos para los fines indicados en el presente documento.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes del envío de la información y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

*Puede consultar los derechos como titular de sus datos, así como los canales para ejercerlos en la Política de Tratamiento contenida en el link: <https://www.clinicadelcountry.com/privacidad-y-tratamiento-de-datos>.*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

**En caso que no le sea posible imprimir y firmar este documento, puede transcribirlo completo en una hoja en blanco, firmarlo y escanearlo o fotografiarlo para su envío.**