

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE TUS DATOS PERSONALES

BIOFORMA S.A. MEDICINA ESPECIALIZADA con el propósito de brindar un adecuado tratamiento a tus datos personales solicita por este medio **tu consentimiento previo y expreso para iniciar el tratamiento y administración de éstos.**



Te informamos que **contamos con una Política de Tratamiento de Datos Personales**, en la que establecemos los principios para el manejo de los datos personales custodiados en todas las bases de datos de BIOFORMA, contenidas en servidores locales y externos. Política que podrás consultar en la página web: **www.bioforma.com.co** y además está a tu disposición en nuestra sede principal.

Los datos personales que nos brindas y recolectaremos, como tu nombre, documento de identidad e información de contacto, y en especial aquellos de carácter sensible, como tu historia clínica, exámenes diagnósticos, imágenes y resultados que voluntariamente nos compartes **serán utilizados exclusivamente para la prestación de los servicios médicos y/o estéticos que solicitas y se tratan de acuerdo con las finalidades descritas en la mencionada política.** Si con posterioridad a la recolección de tus datos, decides ejercer tus derechos a **actualizar, rectificar, modificar o suprimir** tus datos o **revocar la autorización** otorgada a BIOFORMA, te invitamos a consultar el procedimiento en nuestra Política de Tratamiento de Datos.



Para dar cumplimiento a dicha política, BIOFORMA pone a disposición de los titulares de los datos **el correo electrónico info@bioforma.com.co para consultas, solicitudes y reclamos relacionados con los datos personales** y de igual manera se pueden gestionar en su sede principal en la ciudad de Medellín-Colombia en la carrera 25 B 16 A Sur 211 barrio San Lucas.

Con la suscripción de este documento autorizas plenamente a BIOFORMA S.A., para que estos sean tratados por nosotros, el médico o esteticista tratante, personal administrativo y nuestros aliados en el manejo y custodia de historias clínicas.



Nombre: _____

Documento de identidad: _____

Paciente Representante Legal Nombre del titular representado: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____ Documento de identidad: _____

Firma: