

Yo, _____ (nombre(s) y apellidos), identificado(a) con _____ (tipo y número de documento), actuando en calidad de titular de los datos personales, de manera **libre, previa, expresa e informada**, autorizo a **RP MÉDICAS S.A.**, identificada con el NIT **811.019.499-7**, y a sus aliados estratégicos, para realizar el tratamiento de mis datos personales, incluidos **datos sensibles**, en los términos de la Ley 1581 de 2012 y su normativa reglamentaria, garantizando en todo momento el respeto por mi **dignidad, intimidad y derechos** como titular de la información, conforme a lo dispuesto a continuación:

1. Datos objeto de tratamiento

Autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo, pero sin limitarse a:

- Datos de identificación.
- Información relacionada con el procedimiento clínico en el cual intervengo.
- **Imágenes y/o registros audiovisuales de partes de mi cuerpo o de mi persona**, captadas antes, durante o después del procedimiento clínico.

Reconozco que las imágenes del cuerpo humano y la información relacionada con procedimientos médicos constituyen **datos sensibles**, y otorgo esta autorización de manera expresa para su tratamiento.

2. Finalidades del tratamiento

Los datos personales y las imágenes podrán ser tratados por **los autorizados** para las siguientes finalidades:

- Brindar **acompañamiento y soporte técnico especializado** durante procedimientos clínicos, quirúrgicos o asistenciales en los que se utilicen equipos y dispositivos médicos suministrados o soportados por RP MÉDICAS S.A.
- Garantizar la **trazabilidad, seguridad, control de calidad y correcto funcionamiento** de los equipos y dispositivos médicos.
- Desarrollar actividades de **formación, capacitación, docencia e investigación académica**, incluyendo presentaciones científicas, entrenamientos técnicos y material educativo.
- Documentar procesos técnicos y clínicos para **fines internos, regulatorios, contractuales o de auditoría**.
- Utilizar las imágenes y registros, **de manera responsable y proporcional**, con fines **comerciales, institucionales o promocionales**, tales como material informativo, demostraciones técnicas o presentaciones corporativas, siempre respetando mi dignidad, intimidad y derechos fundamentales.

En la medida de lo posible, los autorizados adoptarán medidas para que las imágenes no permitan la identificación directa del titular; no obstante, declaro conocer y aceptar que, en ciertos casos, dicha identificación puede resultar técnicamente inevitable atendiendo a la naturaleza de la imagen o del procedimiento realizado.

3. Personas que pueden aparecer en los registros

Entiendo y acepto que durante la captura de imágenes o registros audiovisuales podrán aparecer **profesionales de la salud, personal asistencial u otros intervinientes** del procedimiento clínico, sin que ello afecte la validez de la presente autorización.

4. Tratamiento y circulación de la información

Los autorizados podrán almacenar, usar, procesar, reproducir, transmitir y, cuando sea necesario, compartir la información y las imágenes con:

- Instituciones de salud.
- Profesionales de la salud.
- Aliados estratégicos, proveedores tecnológicos o fabricantes de dispositivos médicos.
- Autoridades competentes, cuando exista un deber legal.
- Medios de comunicación, publicaciones especializadas, plataformas digitales, redes sociales corporativas u otros canales de divulgación, para fines académicos, científicos, comerciales o de interés general previamente informados.

Todo tratamiento se realizará conforme a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad.

5. Derechos del titular

Declaro que he sido informado(a) de que, como titular de los datos personales, tengo derecho a:

- Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales.
- Solicitar prueba de esta autorización.
- Ser informado(a) sobre el uso dado a mis datos.
- Revocar esta autorización y/o solicitar la supresión de los datos, cuando sea procedente.
- Acceder de forma gratuita a mis datos personales.
- Los demás derechos consagrados en la normativa legal aplicable.

Estos derechos podrán ser ejercidos a través de los canales dispuestos por RP MÉDICAS S.A. en su **Política de Tratamiento de Datos Personales**, disponible en la página web **www.rpmedicas.com**, la cual declaro conocer, haber leído o haber tenido a mi disposición.

6. Vigencia de la autorización

La presente autorización estará vigente durante el tiempo necesario para cumplir con las finalidades descritas y las obligaciones legales aplicables.

Nombre(s) y Apellido: _____ **Documento de identidad:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____