


ORGANIZACIÓN:	FORMATO	NIVEL DE PROCESO:	
 NATURAL BODY CENTER I.P.S. Baja de peso y recupera tu salud		APOYO ADMINISTRATIVO	
	PROCESO:		
	ARCHIVO Y DOCUMENTOS		
	CÓDIGO:	VERSIÓN:	
F-CAEHC1	1		

Bogotá D.C., DD / MM / AAAA

SEÑORES:

ARCHIVO

NATURAL BODY CENTER IPS.

Cordial saludo

Yo, _____ identificado con C.C. ____ C.E ____ Pasaporte ____ número _____, autorizo a _____ identificado con C.C. ____ C.E ____ Pasaporte ____ número _____, para reclamar copia de mi Historia Clínica.

Copia: Completa ____ Parcial ____ Fecha de atención requerida: ____ / ____ / ____.

Observaciones: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al aceptar, el titular de la información, autoriza de manera libre e informada el tratamiento de sus datos personales y la imagen, a través de copia de documentos de identificación a **NATURAL BODY CENTER IPS.**, en adelante, **NBC** para las siguientes finalidades: Ejecutar las actividades propias como entidad prestadora de servicio público de salud, registrar a pacientes, familiares, acompañantes, proveedores con el propósito de llevar el registro de solicitud de copia de historia clínica, atender a los usuarios que llegan a las ventanillas o para dar respuesta a las solicitudes e inquietudes, relacionadas con la prestación del servicio.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar su información personal, así como presentar quejas y reclamos ante la Superintendencia de Industria y Comercio. Las consultas, reclamos o peticiones pueden realizarlo de manera presencial en la Calle 102 # 45A - 28, Bogotá DC, o por medio del correo electrónico contactenos@naturalbodycenter.com

La política de tratamiento de datos de NBC, se encuentra disponible en el siguiente enlace:

<https://naturalbodycenter.com/politicas-de-tratamiento-y-proteccion-de-datos/>

Firma del solicitante: _____ Autorizado _____

C.C. _____ C.C. _____

Teléfono: _____ Teléfono _____

Correo Electrónico: _____

Debe Anexar: Copia del documento de identificación del paciente.

Copia del documento de identificación del autorizado para reclamar la historia clínica.