AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE EPICRISIS, HISTORIA CLÍNICA Y/O DATOS SENSIBLES
Artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y la Ley 1581 de 2012

De conformidad con lo establecido en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 (reserva de la historia clínica) y la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales, autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluidos los datos sensibles relacionados con mi estado de salud.

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, estudiante del programa académico _____, semestre matriculado _____, código estudiantil _____, por medio del presente documento autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a la Universidad de Santander UDES, para que revise, analice y valide mi epicrisis, historia clínica y/o datos sensibles y demás soportes médicos relacionados con mi estado de salud.

La presente autorización se otorga con el fin de que sea estudiada mi solicitud de congelamiento y/o devolución o trámite académico/financiero, toda vez que, por motivos de salud e incapacidad médica debidamente certificada, me encuentro imposibilitado(a) para continuar con el semestre académico en curso. Conozco mis derechos como titular de la información, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos, así como revocar la presente autorización en los casos legalmente procedentes.

La información suministrada tendrá carácter confidencial y será utilizada únicamente para fines académicos y administrativos relacionados con mi solicitud.

La Universidad garantizará la reserva y seguridad de la información conforme a la normativa vigente.

Declaro que la información suministrada es veraz y completa.

Firma: _____
Nombre: _____
C.C.: _____
Código estudiantil: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____

En constancia firmo en la ciudad de _____ a los ____ días del mes _____ año ____

COPIA NO CONTROLADA