



## AUTORIZACIÓN INTEGRAL: TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES · USO DE IMAGEN · HISTORIAS CLÍNICAS · TRATAMIENTOS MÉDICOS · FÓRMULAS MÉDICAS

*Marco legal: Ley 1581 de 2012 (Protección de Datos Personales) · Decreto 1377 de 2013 · Ley 23 de 1981 (Ética Médica) · Resolución 1995 de 1999 (Historias Clínicas) · Ley 1098 de 2006 (Infancia y Adolescencia) · Ley 1751 de 2015 (Derecho Fundamental a la Salud) · Ley 679 de 2001 · Constitución Política de Colombia Arts. 15, 44 y 49.*

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR O SU REPRESENTANTE LEGAL

Marque con una X según corresponda:

- Titular mayor de edad ( $\geq 18$  años)       Representante legal / padre / madre / tutor de menor de edad       Titular con discapacidad (representado)

#### A. DATOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN (beneficiario/paciente)

Nombres y apellidos completos:

Fecha de nacimiento:

Tipo de documento: CC  TI  CE  RC  Pasaporte  Otro

No. documento:

Edad:

Dirección de residencia:

Ciudad:

Departamento:

Teléfono / Celular:

Correo electrónico:

EPS / Régimen de salud:

Diagnóstico principal (si aplica):

No. historia clínica (si aplica):

#### B. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL / ACUDIENTE (diligenciar solo si el titular es menor de edad o persona con discapacidad)

Nombres y apellidos completos:

Parentesco o calidad:

Tipo de documento: CC  CE  Pasaporte  Otro

No. documento:

Celular:

Correo electrónico:

Firma representante:

### 2. AUTORIZACIÓN — TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (Ley 1581/2012)

De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, de manera **libre, expresa, específica e informada**, autorizo a la **Fundación VitalNexus** (en adelante «la Fundación»), con domicilio en Colombia, identificada con NIT 901976979-1 y sitio web [www.fundacionvitalnexus.org](http://www.fundacionvitalnexus.org), para que realice el tratamiento de mis datos personales y/o los del menor o persona representada, para las siguientes finalidades:

1. Gestión y prestación de servicios de salud, rehabilitación y bienestar de la Fundación.
2. Registro, actualización y custodia de historias clínicas conforme a la Res. 1995/1999.
3. Coordinación con EPS, IPS, secretarías de salud y entidades estatales.
4. Generación de informes estadísticos, epidemiológicos y de impacto social (datos anonimizados).
5. Facturación, recobros y trámites administrativos y financieros.
6. Comunicación de resultados, citas, recordatorios y seguimiento de tratamientos.
7. Actividades de investigación científica o académica con fines no lucrativos (datos anonimizados o con consentimiento adicional).
8. Envío de información institucional, programas, campañas y proyectos de la Fundación.
9. Cumplimiento de obligaciones legales ante autoridades competentes.

10. Transferencia a terceros aliados exclusivamente para la prestación del servicio autorizado.

La Fundación **no venderá, cederá ni comercializará** los datos personales con terceros para fines distintos a los aquí descritos. El titular podrá ejercer sus derechos de **conocer, rectificar, actualizar, suprimir y revocar** esta autorización, así como presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC), escribiendo a: [contacto@fundacionvitalnexus.org](mailto:contacto@fundacionvitalnexus.org) o al número de atención institucional registrado en la página web de la Fundación.

**ACEPTO** el tratamiento de mis datos personales para las finalidades descritas.

**NO ACEPTO**

### 3. AUTORIZACIÓN — USO DE IMAGEN, AUDIO Y VIDEO

De conformidad con el artículo 14 de la Ley 23 de 1982 (Derechos de Autor), el artículo 15 de la Constitución Política y la Ley 1098 de 2006 (para menores de edad), autorizo a la Fundación VitalNexus para capturar, reproducir, publicar y difundir fotografías, videos, grabaciones de audio y cualquier otro material audiovisual en el que aparezca el titular, en el marco de las siguientes actividades y canales:

1. Documentación y seguimiento clínico interno.
2. Material educativo y de capacitación (sin identificación cuando sea sensible).
3. Publicaciones en redes sociales institucionales (Instagram, Facebook, LinkedIn, X, YouTube, etc.).
4. Sitio web oficial: [www.fundacionvitalnexus.org](http://www.fundacionvitalnexus.org).
5. Informes, memorias institucionales y presentaciones ante donantes o aliados.
6. Campañas de recaudación de fondos y sensibilización social.
7. Medios de comunicación (televisión, prensa, radio) para visibilización de programas.
8. Material impreso: folletos, afiches, boletines y publicaciones físicas.

*Importante para menores de edad: Esta autorización la otorga el padre, madre o representante legal. La Fundación VitalNexus garantiza que ningún material audiovisual de menores de edad será utilizado de manera que vulnere su dignidad, honra, intimidad o interés superior, conforme a la Ley 1098 de 2006 y la Ley 679 de 2001.*

**Alcance temporal y territorial de la autorización de imagen:**

**Duración:**  Permanente  Temporal — Hasta: \_\_\_\_\_

**Territorio:**  Nacional  Internacional

**ACEPTO** el uso de mi imagen/audio/video para los fines descritos.

**NO ACEPTO**

### 4. AUTORIZACIÓN — ACCESO Y MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA (Res. 1995/1999 · Ley 23/1981)

Autorizo expresamente a la Fundación VitalNexus para **abrir, registrar, conservar, actualizar y compartir** mi historia clínica (o la del menor representado) con los profesionales de la salud vinculados a la Fundación y con las entidades que sea necesario en el marco de la atención médica. Declaro conocer que:

1. La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por el equipo de salud que interviene en el diagnóstico y tratamiento.
2. La Fundación garantizará la confidencialidad de la historia clínica conforme a la Resolución 1995 de 1999 y demás normas aplicables.
3. Tengo derecho a conocer el contenido de mi historia clínica en cualquier momento y a solicitar correcciones cuando haya inexactitudes.
4. El tiempo mínimo de custodia de la historia clínica es de veinte (20) años a partir de la última atención.
5. La información podrá ser compartida con EPS, secretarías de salud, INVIMA, Ministerio de Salud u otras autoridades competentes cuando sea requerido por ley.

**Autorizo compartir la historia clínica con:**

EPS / Aseguradora del titular

IPS de referencia o contra-referencia

Especialistas vinculados al caso por la Fundación

Entidades estatales (cuando sea requerido por ley)

Investigadores (datos anonimizados / con consentimiento adicional)

**ACEPTO** el acceso y manejo de la historia clínica en los términos descritos.

**NO ACEPTO**

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO — TRATAMIENTOS MÉDICOS Y PROCEDIMIENTOS FINANCIADOS POR LA FUNDACIÓN

Declaro que he recibido información suficiente, comprensible y oportuna sobre mi estado de salud (o el del menor representado), los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propuestos, los riesgos y beneficios, así como las alternativas disponibles. En consecuencia, **otorgo mi consentimiento informado** para:

1. Consultas médicas de medicina general y especialidades.
2. Procedimientos diagnósticos: laboratorios clínicos, imágenes diagnósticas, valoraciones funcionales.
3. Procedimientos terapéuticos: terapia física, ocupacional, de lenguaje, psicología, fonoaudiología, trabajo social.
4. Aplicación de vacunas e inmunobiológicos del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones).
5. Intervenciones menores de consultorio (curaciones, suturas, inyectología, etc.).
6. Interconsultas y remisiones a servicios de mayor complejidad.
7. Actividades de promoción y prevención en salud.

**Procedimientos especiales que requieren consentimiento específico adicional (se diligenciará documento independiente en cada caso):**

- Cirugías o procedimientos invasivos       Sedación o anestesia       Transfusión de hemoderivados
- Procedimientos con riesgo vital

*Para menores de edad: El consentimiento lo otorga el padre, madre o representante legal. En situaciones de urgencia vital sin representante presente, el equipo médico actuará conforme al artículo 10 de la Ley 1751 de 2015 (prevalencia del interés superior del menor) y al Código de Ética Médica.*

**Declaro que:**

- He comprendido la información suministrada y he tenido la oportunidad de formular preguntas.
- Mi decisión es libre y voluntaria, sin presiones de ninguna índole.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento sin que ello afecte la calidad de la atención.
- Conozco mi derecho a una segunda opinión médica.

**OTORGO** mi consentimiento informado para los tratamientos y procedimientos descritos.       **NO OTORGO**

## 6. AUTORIZACIÓN — DESPACHO Y ADMINISTRACIÓN DE FÓRMULAS MÉDICAS

Autorizo a la Fundación VitalNexus para que sus profesionales o personas subcontratadas con fondos de la Fundación **registren, gestionen y en caso necesario administren** los medicamentos formulados, conforme a las normas vigentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):

1. Medicamentos del listado del POS/PBS (Plan de Beneficios en Salud) vigente.
2. Medicamentos NO POS/PBS cuando exista prescripción médica justificada y orden de recobro.
3. Medicamentos de control especial (psicotrópicos, estupefacientes) bajo fórmula oficial y registro en libro de control.
4. Preparaciones magistrales elaboradas por farmacéutico habilitado.
5. Suplementos vitamínicos, nutricionales y ayudas diagnósticas formuladas.
6. Vacunas e inmunobiológicos dentro del PAI y/o de carácter privado.

**Indicaciones de administración (diligenciar si aplica en la sede):**

**Alergias conocidas a medicamentos:**

**Grupo sanguíneo:**

**Medicamentos de uso crónico actual (nombre y dosis):**

**Observaciones especiales para la dispensación:**

*Para menores de edad: La administración de medicamentos se realizará únicamente con autorización del representante legal presente o previa, salvo situación de urgencia donde se aplicará el protocolo de atención sin representante. Los medicamentos de control especial solo se dispensarán conforme a la Resolución 1478 de 2006 y normativa vigente del INVIMA.*

■ **ACEPTO** el despacho y administración de fórmulas médicas en los términos descritos.

■ **NO ACEPTO**

## 7. DERECHOS DEL TITULAR Y DECLARACIONES FINALES

### Derechos del titular conforme al Art. 8 de la Ley 1581 de 2012:

- Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada.
- Ser informado sobre el uso de sus datos.
- Presentar quejas ante la SIC.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
- Acceder gratuitamente a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento.

Para ejercer cualquiera de estos derechos, el titular podrá comunicarse con la Fundación VitalNexus a través de: [contacto@fundacionvitalnexus.org](mailto:contacto@fundacionvitalnexus.org). La Fundación dará respuesta en un plazo máximo de **diez (10) días hábiles** para consultas y **quince (15) días hábiles** para reclamos.

**Declaración final:** Declaro que he leído, comprendido y acepto libremente el contenido del presente documento. Manifiesto que la información suministrada es veraz y que las autorizaciones aquí otorgadas son el resultado de una decisión libre, informada y sin presión alguna.

## 8. FIRMAS Y FECHA

<p>_____</p> <p><b>Firma del Titular</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>CC/TI N°: _____</p>	<p>_____</p> <p><b>Firma del Representante Legal / Acudiente</b> (Solo para menores de edad o incapaces)</p> <p>Nombre: _____</p> <p>CC N°: _____</p> <p>Parentesco: _____</p>
<p><b>Ciudad y</b></p> <p><b>Fecha:</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>DD / MM / A A A A</b></p>	

### Firma del Funcionario que recibe la autorización

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

Cargo: \_\_\_\_\_