

**CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**

**AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES**

- |  | SÍ                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en [www.famisanar.com.co](http://www.famisanar.com.co), todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

**"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos."** (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

**Firma del Afiliado:**

\_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

**FIRMA A RUEGO**

A ruego del señor (a) \_\_\_\_\_ identificado (a) con el documento \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) \_\_\_\_\_ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo. Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) \_\_\_\_\_

**Firmante a Ruego:**

\_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: \_\_\_\_\_

