FECHA: 2025/12/16 15:09:26

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con la expedición de la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 se desarrolla el principio constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar todo tipo de información recolectada o que haya sido objeto de Tratamiento de datos personales en bancos o bases de datos y en general en archivos de entidades públicas y/o privadas.

FISIOPLUS S.A.S como institución que almacena y recolecta datos personales y sensibles, requiere obtener su AUTORIZACIÓN para que, de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, nos permita recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar Tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados e incorporados en nuestras bases o bancos de datos o en repositorios electrónicos. Esta información es y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de FISIOPLUS S.A.S en su condición de institución prestadora de salud dedicada a la terapia física, ocupacional, de lenguaje y respiratoria ambulatoria y domiciliaria.

FISIOPLUS S.A.S en los términos dispuestos por el artículo 10 del decreto 1377 de 2013 queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información a no ser que usted le manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito a la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto: calidad@fisioplus.co o a la dirección comercial de FISIOPLUS S.A.S.

De igual forma autorizo a FISIOPLUS S.A.S para que haga el uso y tratamiento de mis derechos de imagen mediante las cámaras instaladas en sus áreas comunes y de atención clínica. Esta autorización se regirá por las normas legales aplicables dentro del marco de la Ley 1581 de 2012 y Resolución 465 de 2025 y en particular por las siguientes:

Este video/foto podrá ser utilizado con fines de seguridad de la infraestructura de la sede de la empresa FISIOPLUS S.A.S.

Este video/foto es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. FISIOPLUS S.A.S queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.

La presente autorización no tiene fines para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Menor de edad: Atendiendo al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, FISIOPLUS S.A.S solicita la autorización escrita del padre/madre de familia o acudiente del menor de edad para que aparezca ante la cámara, en una videograbación o captura de imágenes fotográficas.

Si usted no desea que sus datos personales sean utilizados por FISIOPLUS S.A.S podrá revocar de manera parcial o total tal autorización de manera expresa e inequívoca, directa y por escrito, bien sea en medio físico o electrónico; o de manera oral o por cualquier medio o conducta inequívoca que permita concluir de forma razonable que se revoca tal autorización o consentimiento.

En el evento en que usted tenga alguna observación y/o comentario sobre el manejo y uso de sus datos personales o en caso de que usted considere que FISIOPLUS S.A.S dio un uso contrario al autorizado y a las leyes aplicables o no desee seguir recibiendo información relacionada con FISIOPLUS S.A.S y sus actividades, usted podrá contactarnos a través de comunicación dirigida al área de Gerencia, responsable de protección y Tratamiento de datos de FISIOPLUS S.A.S en:

DIRECCIÓN: CALLE 23 No 66-46 int. 4 CONSULTORIO 419, BOGOTÁ D.C
CORREO ELECTRÓNICO: calidad@fisioplus.co

Declaro que he sido informado que FISIOPLUS S.A.S ha registrado las Políticas de Protección y Tratamiento de Datos Personales en la Superintendencia de Industria y Comercio, las cuales puedo consultar en cualquier momento, y éstas contienen en forma amplia y suficiente mis derechos y obligaciones como titular de los datos, aquellos que igualmente están previstos en la Constitución Política de Colombia, la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y cada una de las disposiciones legales y reglamentarias que me amparan y me protegen.
Al firmar este documento ?Consiento y autorizo de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en el presente documento y/o autorización?.

DERECHOS DE LOS PACIENTES:

- A conocer y tener información de los servicios que presta FISIOPLUS, y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios.
- A recibir un trato digno, amable, respetando sus valores, creencias religiosas, costumbres, grupo étnico y preferencia sexual en condición de igualdad.
- A recibir por parte del personal de FISIOPLUS una comunicación clara y oportuna de su condición de salud durante su proceso de atención.
- A que se le garantice la accesibilidad, continuidad, oportunidad, pertinencia y seguridad en los servicios de salud ofertados.
- A tener la compañía de un familiar o cuidador en situaciones especiales.
- A recibir atención segura, en sedes higiénicas, garantizando su privacidad.
- A ser escuchado oportunamente y recibir respuestas a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y Felicitaciones.
- A que se garantice la custodia, confidencialidad de su información.
- A recibir trato preferente, cuando es usuario mayor de 60 años, si tiene limitaciones físicas o mentales, si es mujer gestante o menor de cinco años.
- A elegir libremente al profesional de la salud dentro del personal disponible, como también a las instituciones de salud que le presenten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.

DEBERES DE LOS PACIENTES:

- Presentar su documentación completa, veraz y actualizada al solicitar atención en FISIOPLUS.
- Suministrar información clara y completa, a las profesionales de la salud que lo atienden, sobre su estado de salud, limitaciones y/o discapacidades.
- Cuidar de su salud acatando las recomendaciones, instrucciones y tratamientos dados por el equipo asistencial y profesionales de la salud.

- Asistir antes de la hora de sus citas asignadas en adecuadas condiciones de higiene y presentación personal.
- Asistir a los diferentes servicios, acompañado de un familiar o adulto responsable, en caso de persona adulta mayor, persona en condición de discapacidad y menor de edad.
- Cuidar las instalaciones físicas y hacer uso correcto y racional de los recursos, dotación y servicios de FISIOPLUS.
- Respetar los valores, las creencias, la religión, la cultura, el grupo étnico y preferencia sexual de los demás pacientes y de todo el personal de FISIOPLUS.
- Tratar con dignidad, amabilidad y respeto a todo el personal de FISIOPLUS. y a los demás pacientes.
- Asumir los pagos correspondientes a los servicios recibidos.
- Firmar el consentimiento informado o disentimiento de los procedimientos que lo requieren.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA FÍSICA

DESCRIPCIÓN:

La TERAPIA FÍSICA es el conjunto de técnicas manuales y/o mecánicas aplicadas sobre una o varias personas de modo simultáneo con el objeto de habilitar o rehabilitar una disfunción física del usuario.

Por medio de la presente consiento que se me realice VALORACION Y/O ATENCION POR EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y/O FISIOTERAPIA EN LA MODALIDAD INTRAMURAL en mí o en el (la) Paciente: AIDYN ESTEFANIA CRUZ OCHOA. Identificado (a) con: El documento de identidad: CC. Número: 1013662986.

Manifiesto que se me ha explicado el proceso de intervención terapéutica el cual se desarrolla en sesiones de atención determinadas por el (la) profesional tratante de acuerdo con el diagnóstico y plan de tratamiento emitido según las necesidades clínicas identificadas y de acuerdo con orden médica.

OBJETIVOS:

- Evaluar, impedir, corregir, aliviar y/o limitar o disminuir la incapacidad física, alteraciones motrices ? cognitivas ? de habla ? de funcionalidad ? postura, así como el dolor que se derive de los desórdenes congénitos y de las condiciones de envejecimiento, lesiones o enfermedades.
- Brindar el tratamiento fisioterapéutico que más se adecúe a las necesidades y objetivo acordados conjuntamente con base en un proceso exhaustivo de evaluación y que tenga evidencia científica y actualizada sobre su nivel de efectividad.

BENEFICIOS:

- Valorar estado de determinada patología y/o estructura musculoesquelética e independencia funcional
- Rehabilitación Osteomuscular- Disminución del dolor e inflamación- Disminución de retracciones musculares.
- Mejorar movilidad articular - Mejorar tono y fuerza muscular - Mejorar postura
- Preparación prequirúrgica y Recuperación posquirúrgica
- Rehabilitación de la marcha y Habilitar funciones del cuerpo humano
- Generar independencia en las actividades de la vida diaria

POSIBLES RIESGOS Y/ O COMPLICACIONES:

- Sobre estiramiento muscular - Fractura y/o lesión articular.
- Quemaduras por frio o calor - Fatiga y/o alergia
- Dolor y/o mareo - Hematoma
- Caídas desde su propia altura - Fallas por identificación del paciente.
- Diagnóstico errado.

REDOMENDACIONES:

- Asista a todas las sesiones recomendadas por su médico tratante y/o terapeuta para garantizar resultados
- Asista en ropa cómoda para mayor comodidad durante la terapia
- Siempre lleve su toalla personal previamente limpia
- Acate las recomendaciones emitidas por la terapeuta durante la realización de la terapia: Postura y número y frecuencia de ejercicios entre otros
- Realice las actividades indicadas por la terapeuta en casa y/ o en el trabajo
- Al finalizar el tratamiento desarrolle el plan casero indicado por la terapeuta

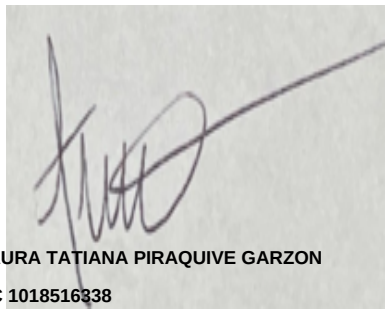
OTRAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:
Acupuntura, yoga, pilates.

DECLARACIÓN:
Entiendo que toda información concerniente al diagnóstico, tratamiento y evolución será en todo caso manejado con confidencialidad y acepto que, en los casos que obligue la ley, la información de la historia clínica solo puede ser presentada a las autoridades judiciales competentes.
He comprendido que las recomendaciones que emita la profesional tratante deben cumplirse a cabalidad para que el proceso terapéutico sea eficiente y se puedan generar los resultados objetivo del plan de tratamiento; por lo cual me comprometo a acatarlas y cumplirlas a cabalidad, así como también me comprometo a asistir de manera puntual a las sesiones programadas, teniendo en cuenta que las inasistencias afectan y retrasan los objetivos propuestos en el plan de tratamiento.

Expreso mi consentimiento para realizar el proceso de atención terapéutica mediante el servicio de TERAPIA FISICA Y/O FISIOTERAPIA EN LA MODALIDAD INTRAMURAL

Nombre y firma dle paciente:

Nombre y firma del profesional:



AIDYN ESTEFANIA CRUZ OCHOA

CC 1013662986

LAURA TATIANA PIRAQUIVE GARZON

CC 1018516338