

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES MAYOR DE EDAD

Por medio del presente documento, manifiesto expresamente mi consentimiento libre y expreso, para que MEDTRONIC COLOMBIA S.A. identificada con NIT 830.025.149-8 domiciliada en Bogotá y/o cualquiera otra entidad de Medtronic localizada en Latinoamérica (en adelante MEDTRONIC), como responsable de la información, trate, recolecte, almacene, administre mi información personal con el fin de que se realice seguimiento a terapias, entrenamientos, dispositivos médicos, así como para realizar envío de información relevante sobre la diabetes, dispositivos médicos, desarrollo de futuros eventos y/o capacitaciones desarrolladas por Medtronic a través de cualquier medio físico y electrónico conocido o por conocer y en general para enviar noticias del sector de la salud.; MEDTRONIC, le informa que la información personal que nos suministra circula de manera restringida y será transmitida a nuestra casa matriz y a nuestras empresas filiales y subsidiarias, en el marco del artículo 26 de la Ley 1581 de 2012, y aquellas legislaciones específicas aplicables en la materia en cada país de Latinoamérica en el que se recaba la información, contando con todas las medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para evitar su pérdida, adulteración, uso fraudulento o no adecuado. Así mismo, MEDTRONIC informa que la información personal entregada podrá ser compartida con terceros que provean servicios relacionados con los fines para los cuales otorgó la presente autorización. Usted tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales del menor que representa, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio ("SIC") por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de los datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

Nombres y apellidos del Paciente
Dónde encontró la autoevaluación
E-Mail del Paciente
Domicilio (Dirección, Ciudad y País de residencia)
Teléfono fijo del Paciente
Teléfono celular del Paciente
Nombre del Médico Tratante
Diagnóstico(s)
Frecuencia con la que toma medicamentos
Nombre del medicamento
Seguro de salud

Es nuestro deber informarle que por tratarse de datos personales sensibles, no está obligado a suministrarnos dicha información, y en que en cualquier momento puede solicitar su supresión. En caso de un reclamo o consulta relativa a sus datos personales, puede realizarla enviando un correo electrónico rs.habeas-data-medtronic-colombia@medtronic.com Para mayor información podrá consultar la Política de Tratamiento de datos personales de Medtronic en <http://www.medtronicdiabeteslatino.com/politica-de-privacidad>

MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LOS DATOS SUMINISTRADOS

1. Conozco que los datos que sobre mí se obtengan, serán administrados por **MEDTRONIC** con un nivel adecuado de protección, asegurando la debida confidencialidad de dicha información y evitando la consulta por parte de terceros no autorizados, salvo que esta sea requerida por una entidad pública o administrativa en ejercicio de sus funciones legales o por orden judicial, casos de urgencia médica o sanitaria o en aquellos casos regulados en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012 y/o aquellos artículos

aplicables de las legislaciones locales. La información recolectada será utilizada únicamente con las finalidades relativas al proceso de selección.

2. Conozco que la información personal que suministro, se encuentra almacenada en la oficina principal y/o sedes de **MEDTRONIC**, donde haya aplicado al proceso de selección, contando con todas las medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para evitar su pérdida, adulteración, uso fraudulento o no adecuado.
3. Declaro que **MEDTRONIC** ha puesto en mi conocimiento, el derecho que poseo como titular de la información entregada, de recibir en cualquier momento información acerca del tratamiento dado a los datos entregados y/o de solicitar la actualización, rectificación y/o supresión de los datos personales recolectados o la revocatoria de la autorización otorgada, lo cual podré solicitar en la oficina principal, ubicada en la Av. Calle 116 N° 7-15 oficina 1101 Bogotá D.C, y/o cualquier domicilio de la entidad específica que se encuentre tratando su información o una comunicación dirigida al correo en rs.habeas-data-medtronic-colombia@medtronic.com , Conozco que **MEDTRONIC** cuenta con una política de Protección de Datos Personales la cual podré consultar en <http://www.medtronic.com/co-es/index.html>
4. Al registrar sus datos en el formulario de inscripción almacenado en la página web www.retomaelcontrol.com y participar en el programa de pacientes embajadores se entiende que usted conoce y acepta por completo el uso de los datos personales mencionados en este documento.

Reconozco que se me ha informado el carácter voluntario de no entregar mi información personal, cuando se traten de datos sensibles.