

## AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO - ATENCION KINESICA DOMICILIARIA

En Santiago de Chile, con fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 202\_, declaro:

1. He sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento al que voluntariamente he decidido someterme, en cuanto a la Prestación de Salud domiciliaria contratada (la "Atención" o la "Prestación" indistintamente).
2. He tenido la oportunidad de preguntar y aclarar dudas sobre mi terapia o tratamiento y los valores y costos asociados a ello.
3. He sido informado de que toda la información que se relaciona con mi identidad (nombres, apellidos, domicilio, fecha de nacimiento, estado civil y datos de contacto, entre otros), junto con las condiciones médicas y aquellas que se recolecte a propósito de la práctica de la prestación es considerada información privada y será tratada como tal. Lo anterior, se entiende sin perjuicio de que dicha información es considerada, en todo o parte, como datos personales, inclusive de carácter sensible, según sea el caso, de conformidad a lo previsto en la Ley N° 19.628 (en su conjunto, los "Datos Personales").
4. Considerando lo anterior dicho, consiento y autorizo expresamente a Vive Tu Cambio Spa, en adelante "La Empresa", para que almacene, procese y utilice mis datos personales con los fines médicos y estadísticos que de ellos puedan derivar. Sin perjuicio de lo anterior, La Empresa se compromete a adoptar las medidas técnicas y organizativa que sean necesarias para garantizar la seguridad e integridad de los datos personales, en tanto dure el tratamiento de estos.
5. De igual forma, autorizo a La Empresa para comunicar mis datos personales a los Centros de Salud, laboratorios asociados y a las Autoridades Sanitarias que correspondan, con la finalidad de hacer uso de ellos para otorgar los mejores cuidados sanitarios, fines de análisis, registro y estadísticos.
6. Acepto expresamente en este acto los TERMINOS Y CONDICIONES disponibles en la página web [www.vivetucambio.cl](http://www.vivetucambio.cl), incluido el PDF "Protocolo de atención domiciliaria Kinesiológica a domicilio" en su más amplio alcance sin exclusión alguna de las cláusulas, protocolos o contenido escrito en dicho documento, renunciando a cualquier acción o derecho que pueda o pretenda ejercer contra La Empresa por el servicio entregado.
7. Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se me van a realizar.

Con el objetivo de cuidar la seguridad y privacidad del paciente **NO SE PERMITE GRABAR NI FOTOGRAFIAR LAS SESIONES.**

Firmando abajo consiento que se me aplique el tratamiento que se me ha explicado de forma suficiente y comprensible.

\_\_\_\_\_  
**Nombre, Rut y Firma Paciente**

### **Autorización de familiar o tutor**

Don/doña \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_.

En calidad de (padre, madre, tutor legal, familiar, allegado, cuidador), decido de las opciones clínicas disponibles dar conformidad libre, voluntaria y consciente a la técnica descrita para los tratamientos explicitados en el presente documento.

