

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES  
PACIENTE CON UNA CONDICIÓN MÉDICA PRIORITARIA - ELECTRODEPENDIENTE**

**1. Identificación del Paciente**

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

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

**2. Identificación del representante legal (si aplica)**

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

Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_

Relación con el titular: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

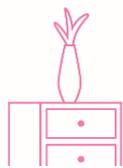
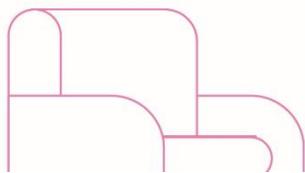
---

**3. Autorización para el tratamiento de datos personales sensibles**

Por medio del presente, autorizo de manera **previa, expresa e informada** a **las Empresas del Grupo Enel en Colombia**, para que, **en el marco del registro/actualización/rectificación de información para la identificación de un paciente con una condición médica prioritaria**, recolecte, almacene, consulte, use y trate los **datos personales sensibles relacionados con la condición médica**, incluyendo el contenido del certificado médico que remito como soporte.

Esta autorización es otorgada, en el entendido que:

- Los datos recolectados se utilizarán **exclusivamente** para verificar la condición de electrodependencia.
- Los datos personales relacionados con la condición médica son considerados datos sensibles y son tratados con la máxima confidencialidad por **las Empresas del Grupo Enel en Colombia**.
- El suministro de estos datos es **facultativo**.
- En caso de que el Paciente sea menor de edad, las Empresas del Grupo Enel en Colombia declaran que tratarán los Datos Personales respondiendo y respetando el interés superior de los niños, niñas y adolescentes y asegurando el respeto de sus derechos fundamentales de conformidad con la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y la Política de tratamiento de datos personales. Así mismo, el Representante Legal/Tutor declara que la información proporcionada respecto los menores la conoce al ser tratada





dentro de su propio ámbito doméstico y es puesta a disposición para las finalidades exclusivas descritas anteriormente.

Recuerde que derecho a conocer, actualizar, rectificar y cuando proceda, suprimir sus datos y revocar la autorización dada para su tratamiento, a través de los canales indicados en la política publicada en [www.enel.com.co](http://www.enel.com.co) en la cual también encontrará la identificación de las empresas que pertenecen al Grupo Enel en Colombia.

---

#### 4. Vigencia de la autorización

Esta autorización es válida a partir de la fecha de firma y permanecerá vigente mientras subsista la condición médica o hasta que solicite su revocación por los canales declarados en la Política de Tratamiento de Datos de las Empresas del Grupo Enel en Colombia o por el plazo que la ley permita conservar los datos para fines de archivo o históricos.

---

#### 5. Anexos

- Certificado médico
- Copia del documento de identidad del paciente
- En caso de menores: copia del registro civil de nacimiento
- En caso de interdicción, incapacidad, etc.: documento expedido por autoridad competente donde se demuestre la representación legal

#### 6. Firma de autorización

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / 202\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Representante legal o Tutor (si aplica): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / 202\_\_

Nombre del Representante legal o Tutor: \_\_\_\_\_

