

**Formato de Consentimiento del Tratamiento de Datos Personales.**  
(Ley General de Salud N° 26842, Ley de Protección de Datos Personales N° 29733 y normas complementarias)

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS Y LEGIBLES.

Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

|                                 |  |       |        |
|---------------------------------|--|-------|--------|
| Nombres y Apellidos:            |  |       |        |
| Con DNI o Carné de Extranjería: |  | Edad: | Fecha: |
| N° de Historia Clínica:         |  |       |        |

De ser el caso,

|  |  |
|--|--|
| Nombres y Apellidos del Apoderado o Representante Legal: |  |
| Con DNI o Carné de Extranjería:                          |  |

Autorizo de manera libre, previa, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, que mis datos personales incluyendo los relacionados a la salud y los datos sensibles (registro de la atención e información complementaria) que se encuentren en la Historia Clínica de esta IPRESS, (NOMBRE DE LA IPRESS CONSULTANTE) sean accedidos por:

- El profesional de la salud de quien recibo una atención de salud. \_\_\_\_\_ N° Colegio Profesional
- Por el (los) profesional(es) de la salud identificado(s) a continuación:  
 \_\_\_\_\_ N° Colegio Profesional  
 \_\_\_\_\_ N° Colegio Profesional  
 \_\_\_\_\_ N° Colegio Profesional  
 \_\_\_\_\_ N° Colegio Profesional


Los fines de uso de mis datos personales y sensibles son para las atenciones de las prestaciones de servicios de salud que me brinde la IPRESS (NOMBRE DE LA IPRESS CONSULTORA) \_\_\_\_\_ y para la realización de actos médicos y administrativos que sean necesarios para la continuidad de la atención del servicio de salud. El acceso a los datos personales y sensibles son los estrictamente pertinentes y necesarios para el cumplimiento de los fines expuestos.

La IPRESS podrá tratar y almacenar mis datos personales en el marco del cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley N° 26842, Ley General de la Salud y en las contempladas en otras normativas legales vigentes. Excepto las limitaciones de consentimiento que refiere la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

En caso de querer ejercer algún derecho de protección de datos personales (derecho de acceso, derecho de información, derecho de rectificación, derecho de cancelación y derecho de oposición), serán dirigidas a la Institución Prestadora de Servicio de Salud - IPRESS a la siguiente dirección:

|        |           |                    |
|--------|-----------|--------------------|
| IPRESS | Domicilio | Correo Electrónico |
|        |           |                    |

Opcionalmente, para solicitar la revocatoria de esta autorización se podrá hacer mediante el formato de "Revocatoria al Consentimiento del Tratamiento de Datos Personales".

|  |   |
|--|---|
| _____<br>Nombre y Firma del paciente o<br>apoderado o Representante Legal N° de<br>DNI o Carné de Extranjería: |  |
|--|---|