



FICHA MÉDICA 2024

Delegación _____

Nombre del participante _____

Edad _____ Tipo de sangre y RH _____ Categoría carné _____

Documento de identidad y/o pasaporte _____

Nacionalidad _____

Afiliado a centro de salud o EPS _____

Teléfonos _____ Dirección _____

Vacuna Covid-19 _____ No. Dosis Recibidas _____ Biológico _____

Lugar de Procedencia _____

Estado de salud actual _____

Medicamentos que consume actualmente _____

Dosis _____

Alergias _____

En caso de urgencia llamar a _____

Anexar: Fotocopia del documento de identidad

Fotocopia carné y/o afiliación a EPS (o seguro de viaje)

Fotocopia carné vacunación covid -19 (si lo tiene)

Formato de cesión de derechos (diligenciado y firmado)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS



Autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Caldas–Confa, para que trate mis datos personales y/o sensibles que llegase a recolectar, para que sobre esta información proceda a procesarla, recolectarla, almacenarla, usarla, circularla, suprimirla, compartirla, actualizarla, transmitirla y transferirla de acuerdo a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.confa.co, con el fin de hacer posible la prestación de los servicios propios, reportes a autoridades de vigilancia y control, para uso de fines administrativo, comercial, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos.

Al registrar mi huella dactilar, mi rostro (reconocimiento facial), torrente sanguíneo (palma de la mano) o cualquier otro medio que se llegue a requerir para mi enrolamiento, autorizo a la **Caja de Compensación Familiar de Caldas - Confa** para que de manera previa, expresa e inequívoca dé tratamiento conforme a la Política de Tratamiento de Información publicada en www.confa.co donde se indican los canales de atención para el ejercicio de sus derechos.

De manera expresa, voluntaria y gratuita declaro que cedo a la **Caja de Compensación Familiar de Caldas** todos los derechos patrimoniales de autor sobre fotografías, textos comprimidos, síntesis, composiciones con letra o sin ella, videos y en general cualquier denominación que se le dé y que haya sido creada por este, con ocasión del programa desarrollado por Confa.

Declaro estar informado sobre la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, salvo que sea necesario para el objeto de las relaciones que se establecen y que en mi calidad de titular de la información tengo derecho a consultar, conocer, actualizar y rectificar los datos personales, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos en el momento que los solicite, presentar quejas, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de las líneas de atención 8783111 ext. 2772 o al correo proteccion.datos@confa.co.

Nombre completo _____
Apellidos _____
Cédula _____
E - mail _____
Firma _____
Fecha _____

Confa. Contigo, con todo