



### FICHA MÉDICA 2025

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.confaco.co](http://www.confaco.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.confaco.co](http://www.confaco.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@confaco.co](mailto:proteccion.datos@confaco.co).

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

Apellidos \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_

E - mail \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

