	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN</b>	COD: HCSA-SGSI-FOR-01
		Versión: 03
	<b>FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS SOBRE DATOS PERSONALES</b>	Fecha de emisión: 08/01/2026

## FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS SOBRE DATOS PERSONALES

*Requisitos: Para tramitar su solicitud de ejercicio de derechos sobre sus datos personales (por ejemplo, historias clínicas, epicrisis), complete este formulario y adjunte copia de su cédula/pasaporte; si actúa un representante, adjunte además el documento de representación y su identificación. Estos derechos también aplican a otros datos personales no clínicos tratados por la institución; la solicitud será atendida conforme a la normativa vigente.*

**Hospital Clínica San Agustín:** En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, usted puede solicitar el ejercicio de sus derechos como titular de datos personales, en especial respecto de datos de salud, incluyendo acceso, rectificación y actualización, eliminación, oposición, portabilidad y, cuando corresponda, la suspensión o limitación del tratamiento, conforme a la normativa vigente. Complete este formulario para procesar su solicitud.

### 1. DATOS DEL SOLICITANTE


**Nombre completo:** \_\_\_\_\_  
**Cédula de Identidad/Pasaporte:** \_\_\_\_\_  
**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Representante legal (si aplica):** \_\_\_\_\_  
**Cédula/Pasaporte del representante legal:** \_\_\_\_\_

### 2. DERECHO(S) QUE DESEA EJERCER

Seleccione el derecho que desea ejercer (marque una o más opciones):

- ☐ **Acceso:** Permite obtener información sobre los datos personales y el tratamiento que se les da a los mismos.
- ☐ **Rectificación y actualización:** Actualización o corrección de datos inexactos o desactualizados.
- ☐ **Eliminación:** Solicitud de supresión de los datos, salvo en casos donde exista una obligación legal que impida su eliminación.
- ☐ **Oposición:** Negarse al tratamiento de datos personales bajo las causales definidas en la normativa vigente.
- ☐ **Portabilidad:** Solicitud para recibir sus datos en un formato estructurado y de uso común, o para transferirlos a otro responsable.
- ☐ **Otro:** .....

**NOTA IMPORTANTE:** El ejercicio de derechos sobre datos contenidos en la historia clínica se encuentra sujeto a las limitaciones previstas en la normativa sanitaria y de protección de datos personales. En particular, no procederá la rectificación respecto de diagnósticos, observaciones clínicas u otros datos médicos que respondan al criterio profesional del personal de salud y formen parte de la integridad del registro clínico, sin perjuicio del derecho del paciente a solicitar aclaraciones o incorporar observaciones conforme a la ley.

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN</b>	COD: HCSA-SGSI-FOR-01
	<b>FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS SOBRE DATOS PERSONALES</b>	Versión: 03  Fecha de emisión: 08/01/2026

### 3. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD:

Especifique los detalles de su solicitud (ejemplo: datos a rectificar, actualizar o eliminar, razones de oposición, etc.):

---



---

### 4. DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

- Fotocopia de la cédula de identidad/pasaporte del solicitante.
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada a retirar la información (si corresponde).
- Documentos que justifiquen la solicitud (en caso de rectificación o actualización de datos).

### 5. DECLARACIONES:

Declaro bajo juramento que la información proporcionada en este formulario es verdadera y que la solicitud se realiza en el marco de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales vigente en Ecuador. Declaro conocer que la solicitud será analizada y resuelta conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y demás normativa aplicable.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular/representante legal

Fecha: \_\_\_\_\_

### 6. AUTORIZACIÓN

En caso de que el solicitante no pueda presentar o retirar personalmente la información, autorizo a \_\_\_\_\_, identificado/a con cédula de identidad/pasaporte N.º \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (presentar/recibir) la información solicitada en mi nombre. Declaro que esta autorización se otorga de manera libre y voluntaria, exonerando al Hospital Clínica San Agustín Cía. Ltda. de cualquier responsabilidad derivada de la entrega de la información a la persona autorizada.

\_\_\_\_\_  
Firma del titular /representante legal

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona autorizada

Fecha: \_\_\_\_\_

### 7. ENTREGA DE INFORMACIÓN

Recibo conforme la información solicitada mediante el presente formulario por parte del Hospital Clínica San Agustín Cía. Ltda. con fecha \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ hojas.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que recibe

**Dirección para la entrega de la solicitud:** Área de Información del Hospital Clínica San Agustín, Loja – Ecuador, calle 18 de noviembre 207-32 y Azuay Esq.

**Información adicional:** El Hospital responderá su solicitud en un plazo máximo de 15 días. Si está incompleta, podrá requerirse información adicional dentro del plazo de 5 días y el titular tendrá un plazo 10 días para completarla; de no hacerlo, podrá archivar con la notificación respectiva. La historia clínica se entregará en un plazo máximo de 48 horas en los casos de emergencia o continuidad de atención médica, conforme Acuerdo Ministerial 5216 – A, del Ministerio de Salud Pública.