

# SOLICITUD DE INCORPORACIÓN



Declaro que toda la información que he entregado voluntariamente y que pueda entregar en el futuro al **Programa PASOS**, puede contener datos personales y/o sensibles. Autorizo que esta información sea objeto de tratamiento en bancos de datos por el **Programa PASOS**, el que se obliga a cuidar de ella con la debida diligencia y a cumplir con la Ley nº 19.628 sobre protección de la vida privada. Autorizo la comunicación, entrega y transferencia de mis datos para fines estadísticos y para que me sea enviada información sobre este programa.

Declaro conocer y cumplir los requisitos para ser parte del programa de asesoría y orientación en salud.

Yo podré solicitar que mi nombre o cualquier información entregada sea eliminada de las bases de datos respectivas, llamando al **2 2588 8266** o enviando un mail a **contacto@programapasos.cl**. En tal caso se entenderá que renuncio a los beneficios entregados por el **Programa PASOS**.

Al firmar este documento reconozco que he leído y aceptado los términos del programa.

Nombre del paciente: .....

Rut de paciente: ..... Fecha de nacimiento:

Ciudad: ..... Teléfonos: .....

E-mail: .....

Médico Tratante: .....

Previsión de Salud: FONASA  FFAA  ISAPRE  ..... OTRO .....  
(especifique)

.....  
Firma del paciente

Fecha

En caso de pacientes con invalidez, este formulario puede ser firmado por un familiar, representante legal o tutor, adjuntando fotocopia de su cédula de identidad.

Por favor, complete este formulario y envíelo al correo electrónico [contacto@programapasos.cl](mailto:contacto@programapasos.cl)



**2 2588 8266**



**contacto@programapasos.cl**



**www.programapasos.cl**