

**Protección de datos:**

Autorizo de manera expresa, libre, previa, voluntaria y debidamente informada al Consultorio del Dr. Mauricio Palencia a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar, transferir y/o transmitir a terceros, los datos personales que he suministrado en el presente formulario, con el propósito de conocer los servicios médicos que ofrece la institución. Adicionalmente, manifiesto que autorizo al Consultorio del Dr. Mauricio Palencia para realizar el tratamiento de estos datos con la finalidad de seguir recibiendo información de sus servicios, autorización que solo será revocada cuando medie comunicación expresa en tal sentido, proveniente del suscrito o de quien haga mis veces.

Igualmente, manifiesto conocer y entender los derechos y deberes que tengo de conformidad con las Directrices para el Tratamiento de Datos Personales del Consultorio del Dr. Palencia.

Conozco que el canal de comunicación del Consultorio del Dr. Palencia para ejercer mis derechos es el correo electrónico [info@palenciadoctor.com](mailto:info@palenciadoctor.com)