

NOTA: Este modelo es válido para actividades generales de la Clínica, no para otros tratamientos específicos, que requieren también consentimientos individualizados. Se trata de un modelo orientativo, que deberá adaptarse a los casos particulares de cada clínica. Umbra Abogados no asume responsabilidad por el uso indebido que se realice de este modelo debido a la falta de asesoramiento personalizado.

¿Necesitas que te asesoremos?, contáctanos: info@umbraconsulting.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PACIENTES DE CLINICA(Sanidad)

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y apellidos	
NIF	
Teléfono	
Domicilio	
Correo electrónico	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Nombre y apellidos	
NIF	
Teléfono	
Motivo de Representación	

CLÍNICA con domicilio en, en calidad de Responsable del Tratamiento de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (EU 2016/679) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales, en relación al tratamiento de sus datos personales, le informa sobre lo siguiente:

- Finalidad del tratamiento de datos:** Los datos personales que nos facilite serán usados con el fin de conservar su historial clínico y prestarle un servicio adaptado a sus necesidades, así como gestionar la contabilidad y facturación de la clínica. De igual forma, si autoriza, le mantendremos informado sobre promociones, ofertas y temas de salud por los canales facilitados.
- Plazo de conservación:** Los datos de su historial clínico y datos de facturación, serán conservados por los plazos legales establecidos. Los datos de contacto serán conservados mientras no solicite su derecho de supresión o baja.
- Legitimación:** La legitimación es el cumplimiento de obligaciones legales y el consentimiento otorgado.
- Destinatarios:** Sus datos podrán ser cedidos a Consejerías de Sanidad y Administraciones Públicas cuando resulte obligatorio por ley; así también a bancos y cajas de ahorro si realiza pagos con tarjeta. Nos comprometemos a no ceder sus datos a ninguna otra empresa, entidad o persona física o jurídica, a menos que dicha cesión se realice por imperativo legal.
- Transferencias internacionales:** No se realizan.
- Confidencialidad:** Los datos personales que nos facilite serán tratados de forma confidencial. Nuestro personal se ha comprometido previamente al deber de secreto. Se han implantado medidas técnicas y organizativas para limitar el acceso exclusivamente a las personas autorizadas.
- Menores:** Si el paciente fuera menor de 14 años, deberá autorizar su representante legal o titular de la patria potestad o tutela. Tenga en cuenta que podríamos solicitarle el NIF o documento de identidad para comprobar su edad así como documentación para acreditar el motivo de representación cuando proceda.
- Derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición sobre sus datos personales, solicitándolo por escrito en la Clínica, acompañando copia de su documento de identidad. Tenemos a su disposición de modelos para el ejercicio de sus derechos. Si considera vulnerados sus derechos puede reclamar en www.aepd.es.

Si desea más información sobre nuestra política de protección de datos consúltenos.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales para los fines indicados:

En a de, de 20....

Firmado y Conforme