

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PACIENTES

A. RESPONSABLE:

- Ana Machado Estrada (53623713H)
- Travesía de San Valentín 16
- info@anamaes.es

B. FINALIDADES:

- Prestación asistencial al paciente (visitas médicas, intervenciones, pruebas).
- Gestión del paciente y su historia clínica.
- Tareas administrativas derivadas de la prestación asistencial.
- Informarle de nuestros productos y servicios, incluso por medios electrónicos.
- Envío de confirmación de visita a través de medios electrónicos (Whatsapp, sms, mail...).

C. LEGITIMACIÓN:

- Ejecución de contrato de prestación de servicios entre el sanitario y el paciente y/o ejecución de un contrato con su mutua médica.
- Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Consentimiento del interesado para recibir información comercial sobre nuestros productos y/o servicios sanitarios.

D. DESTINATARIOS:

- Compañías responsables de su cobertura médica para que ésta pueda conocer el acto prestado y hacer frente a su responsabilidad.
- Centros o profesionales sanitarios responsables del paciente o necesarios para la prestación de los servicios solicitados.
- Casos legalmente previstos.

E. CONSERVACIÓN DE LOS DATOS:

- Serán conservados durante la vigencia del acuerdo asistencial.
- Se conservarán en todo caso según las exigencias de conservación de la documentación clínica de la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Datos comerciales: cuando el usuario solicite su baja.

F. DERECHOS

- Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento, así como a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos personales.
- Puede solicitarlos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable.
- En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Autoridad de Protección de Datos (www.aepd.es).

SÍ [] NO [] DESEO RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL.

NOMBRE Y APELLIDOS / DNI*:

FIRMA

FECHA

Está prohibida la entrega de resultados médicos a personas distintas de los pacientes, salvo presentación por el solicitante del D.N.I del paciente y una autorización firmada.

*En caso de que el paciente sea menor 16 años, se deberá incluir el nombre del menor y el nombre y firma de su representante legal (madre, padre o tutor).

SÍ, DESEO RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL, INCLUSIVE POR MEDIOS ELECTRÓNICOS.

NO DESEO RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL.

Nombre y apellidos *

DNI/Pasaporte *

Email *