



CONSENTIMIENTO DE DATOS
(Reglamento Europeo de Protección de Datos)

El paciente D/D^a:
con DNI/NIE:
Dirección;
nº teléfono y correo electrónico:

Cumplimentando el presente formulario, autoriza y presta su consentimiento para el tratamiento de los datos personales en los siguientes términos:

Responsable.

El responsable de los datos es,
con NIF
Dirección
nº teléfono y correo electrónico:

Finalidad. La finalidad de la recogida de los datos es prestarle los servicios sanitarios y realizar la correspondiente gestión administrativa derivada de nuestra actividad fisioterapéutica, de acuerdo con lo que dispone el REGLAMENTO EUROPEO DE PROTECCION DE DATOS y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Así como, recordarle sus citas, revisiones o futuras comunicaciones inherentes a su tratamiento.

Legitimación. La legitimación para el tratamiento de los datos personales, está basada en el consentimiento prestado a los fines indicados.

Conservación de los datos. Los datos asociados a la historia clínica se conservarán cumpliendo con los que establezca la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente.

El Responsable, indica que ha establecido las medidas técnicas y organizativas establecidas en el REPD, con el objetivo de garantizar la seguridad e integridad de los datos de carácter personal incluidos en los ficheros al objeto de evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.

Cesión de datos. No se realizará ninguna cesión de datos a terceros, excepto por imperativo legal o previo consentimiento del interesado.

Derechos. En cualquier momento, usted puede ejercer los derechos de:

- Acceso.
- Rectificación.
- Supresión.
- Limitación.
- Oposición.
- Portabilidad.
- Retirar el consentimiento otorgado.
- Reclamación ante la Autoridad de Control.

Todo ello, mediante escrito, acompañado de copia del DNI que le identifique, dirigido al RESPONSABLE del fichero.

En caso de disconformidad con el tratamiento de sus datos, le asiste el derecho a presentar una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos calle Jorge Juan n. 6 (28001) Madrid o ante la Autoridad de Control que se establezca.

En caso de pacientes menores o con discapacidad D/Dñ^a
con DNI/NIE , en calidad de progenitor o tutor legal.

He leído y entiendo la totalidad de la información facilitada, consintiendo en el tratamiento de mis datos conforme a lo expuesto.

Firmado: