

DOCUMENT D'AUTORITZACIÓ PER AL TRACTAMENT DE LES SEVES DADES PERSONALS EN EL

FITXER DE LA CLINICA GAUDI

Per complir amb la **normativa vigent sobre Protecció de Dades (Llei Orgànica 15/1.999 de 13 de desembre)**, se l'informa que les seves dades personals s'incorporaran als fitxers de dades d'aquesta clínica, per a ús personal i intern. De conformitat amb l'establert en aquesta normativa, aquesta clínica es compromet al compliment de la seva obligació de secret de les dades de caràcter personal i del seu deure guardar-los, i adoptarà les mesures necessàries per evitar la seva alteració, pèrdua, tractament o accés no autoritzat, tenint en compte a tot moment de l'estat de la tecnologia.

La **CLINICA GAUDI**, inclourà les seves dades identificatives i altres necessaris per a la gestió administrativa, en un fitxer-Administració i Agenda- responsabilitat del Centre.

Les dades de salut del pacient i historial mèdic, si es precisa, s'inclouran en un fitxer anomenat Historial Clínic, responsabilitat també de CLINICA GAUDI, per a la gestió sanitària, elaboració d'informes i diagnòstics del pacient. La finalitat de la seva creació és l'administració de la documentació referent als seus pacients.

Els destinataris de la informació són tots els departaments en els quals s'organitza la Clínica així com els estaments oficials que per llei exigeixin la cessió.

En tot cas, vostè té el dret a exercitar els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació en l'àmbit reconegut per la Llei Orgànica 15/1.999 de 13 de desembre.

El responsable del fitxer és CLINICA GAUDI. Per exercitar els drets a dalt esmentats, i per a qualsevol aclariment, pot dirigir-se per escrit remès al:

Dr. Jordi Ferre Jorge
C/ Dr. Salvá 4
08224 Terrassa

Llegit i conforme amb els paràgrafs anteriors,

Per la present, **AUTORITZO** a **CLINICA GAUDI**:

Perquè tracti les meves dades de caràcter personal d'acord amb el que es disposa en la Llei 15/1.999 de 13 de desembre. Perquè informi verbalment o per escrit, a altres professionals mèdics o odontòlegs, que intervinguin en el meu diagnòstic o tractament.

Perquè les fotografies que es prenguin durant el meu diagnòstic, tractament i seguiment siguin incloses en el meu fitxer de dades de caràcter personal, podent ser utilitzades amb caràcter educatiu sempre que es preservi el meu anonimat.

Perquè, si escau, remeti les meves dades personals i de tractament a la meua companyia asseguradora a requeriment d'aquesta.

La negativa a aquesta autorització portarà com a conseqüència la impossibilitat de ser assistit en la nostra clínica.

Com a **MITJANS DE COMUNICACIÓ** per al recordatori i confirmació de cites, així com per rebre informació de CLINICA GAUDI d'entre les dades de contacte recollits en la meua fitxa de filiació autoritzo la/s següent/s opció/és:

- Telèfon mòbil.
- SMS.
- Correu electrònic.
- Telèfon fix.
- Correu postal.

En el meu cas

- **No desitjo** rebre confirmació, recordatori de cites ni informació de CLINICA GAUDI.

En Terrassa, a.....de..... de 20.....

Nom i cognoms del pacient.....

DNI.....

Signa del pacient (o del seu tutor legal si escau afegint DNI)