

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES EN

EL FICHERO DE LA CLINICA GAUDI

Para cumplir con la **normativa vigente sobre Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1.999 de 13 de diciembre)**, se le informa que sus datos personales se incorporarán a unos ficheros informáticos de esta clínica, para uso personal e interno.

De conformidad con lo establecido en dicha normativa, esta clínica se compromete al cumplimiento de su obligación de secreto de los datos de carácter personal y de su deber de guardarlos, y adoptará las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta en todo momento del estado de la tecnología.

La **CLINICA GAUDI**, incluirá sus datos identificativos y otros necesarios para la gestión administrativa, en un fichero- **Administración y Agenda**- responsabilidad del Centro.

Los datos de salud del paciente e historial médico, si se precisa, se incluirán en un fichero llamado **Historial Clínico**, responsabilidad también de CLINICA GAUDI, para la gestión sanitaria, elaboración de informes y diagnósticos del paciente. La finalidad de su creación es la administración de la documentación referente a sus pacientes.

Los destinatarios de la información son todos los departamentos en los que se organiza la Clínica así como los estamentos oficiales que por ley exijan la cesión.

En todo caso, usted tiene el derecho a ejercitar los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación en el ámbito reconocido por la Ley Orgánica 15/1.999 de 13 de diciembre.

El responsable del fichero es CLINICA GAUDI. Para ejercitar los derechos arriba mencionados, y para cualquier aclaración, puede dirigirse por escrito remitido al:

Dr. Jordi Ferre Jorge
c/ dr. Salvá 4
08224 Terrassa

Leído y conforme con los párrafos anteriores,

Por la presente, **AUTORIZO a CLINICA GAUDI:**

Para que trate mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 15/1.999 de 13 de diciembre.

Para que informe verbalmente o por escrito, a otros profesionales médicos u odontólogos, que intervengan en mi diagnóstico o tratamiento.

Para que las fotografías que se tomen durante mi diagnóstico, tratamiento y seguimiento sean incluidas en mi fichero de datos de carácter personal, pudiendo ser utilizadas con carácter educativo siempre que se preserve mi anonimato.

Para que, si procede, remita mis datos personales y de tratamiento a mi compañía aseguradora a requerimiento de ésta.

La negativa a esta autorización traerá como consecuencia la imposibilidad de ser asistido en nuestra clínica.

Como **MEDIOS DE COMUNICACIÓN** para el recordatorio y confirmación de citas, así como para recibir información de CLINICA GAUDI de entre los datos de contacto recogidos en mi ficha de filiación autorizo la/s siguiente/s opción/es:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono móvil . | <input type="checkbox"/> Teléfono fijo. |
| <input type="checkbox"/> SMS (a móvil) | <input type="checkbox"/> Correo postal. |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico. | |

En mi caso

- No deseo** recibir confirmación, recordatorio de citas ni información de CLINICA GAUDI.

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

Nombre y apellidos del paciente.....

DNI.....

Firma del paciente (o de su tutor legal si procede añadiendo DNI)