

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES EN EL FICHERO DE LA CLÍNICA DENTAL GAUDÍ

Para cumplir con la normativa vigente sobre Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679, RGPD, y Ley Orgánica 3/2018, de 5 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 CLÍNICA DENTAL GAUDÍ, 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 CLÍNICA DENTAL GAUDÍ, 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 el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.

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

Nombre: Dr. Albert Ferré Morales

Domicilio social: Carrer del Dr. Salvà, 4 08224 Terrassa, Barcelona, España.

Teléfono: 93 780 81 38

Email: clinicadentalgaudi.pacientes@gmail.com

Leído y conforme con los párrafos anteriores,

Por la presente, **AUTORIZO** a CLÍNICA DENTAL GAUDÍ:

Para que trate mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 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 CLÍNICA DENTAL GAUDÍ de entre los datos de contacto recogidos en mi ficha de filiación autorizo la/s siguiente/s opción/es:

☐ Teléfono móvil.

☐ SMS (a móvil)

☐ WHATSAPP (a móvil)

☐ Teléfono fijo.

☐ Correo postal.

☐ Correo electrónico.

En mi caso

☐ **No deseo** recibir confirmación, recordatorio de citas ni información de CLÍNICA DENTAL GAUDÍ.

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

Nombre y apellidos del paciente.....

DNI.....

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