

DOCUMENT D'AUTORITZACIÓ PER AL TRACTAMENT DE LES SEVES DADES PERSONALS EN EL FITXER DE LA CLÍNICA DENTAL GAUDÍ

Per complir amb la normativa vigent sobre Protecció de Dades (Reglament (UE) 2016/679, RGPD, i Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre), se l'informa que les seves dades personals s'incorporaran a uns fitxers informàtics d'aquesta clínica, per a ús personal i intern.

De conformitat amb el que estableix aquesta normativa, aquesta clínica es compromet a complir la seva obligació de secret de les dades de caràcter personal i el seu deure de guardar-les, i adoptarà les mesures necessàries per evitar-ne l'alteració, pèrdua, tractament o accés no autoritzat, tenint en compte en tot moment l'estat de la tecnologia.

La **CLÍNICA DENTAL GAUDÍ** inclourà les seves dades identificatives i altres de necessàries per a la gestió administrativa, en un fitxer-**Administració i Agenda**- responsabilitat del Centre.

Les dades de salut del pacient i l'historial mèdic, si cal, s'inclouran en un fitxer anomenat **Historial Clínic**, responsabilitat també de **CLÍNICA DENTAL GAUDÍ**, 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 què s'organitza la Clínica així com els estaments oficials que per llei exigeixin la cessió.

En tot cas, vostè té el dret a exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació en l'àmbit reconegut pel Reglament (UE) 2016/679 (RGPD) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre.

El responsable del fitxer és **CLÍNICA DENTAL GAUDÍ**. Per exercir els drets esmentats anteriorment, i per a qualsevol aclariment, es pot adreçar per escrit a:

Nom: Dr. Albert Ferré Morales

Domicili social: Carrer del Dr. Salvà, 4 08224 Terrassa, Barcelona, Espanya.

Telèfon: 93 780 81 38

Correu electrònic: clinicadentalgaudi.pacientes@gmail.com

Llegit i conforme amb els paràgrafs anteriors,

Per la present, **AUTORITZO** la **CLÍNICA DENTAL GAUDÍ**:

Perquè tracti les meves dades de caràcter personal d'acord amb el que disposa el Reglament (UE) 2016/679 (RGPD) i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre.

Perquè informi verbalment o per escrit 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 s'incloguin en el meu fitxer de dades de caràcter personal, i puguin ser utilitzades amb caràcter educatiu sempre que es preservi el meu anonimat.

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

La negativa a aquesta autorització comportarà la impossibilitat de ser atès a la nostra clínica.

Com a **MITJANS DE COMUNICACIÓ** per al recordatori i confirmació de cites, així com per rebre informació de **CLÍNICA DENTAL GAUDÍ**, d'entre les dades de contacte recollides a la meva fitxa de filiació autoritzo la/es següent/s opció/ons:

☐ Telèfon mòbil.

☐ Telèfon fix.

☐ SMS (al mòbil)

☐ Correu postal.

☐ WHATSAPP (al mòbil)

☐ Correu electrònic.

En el meu cas

☐ **No desitjo** rebre confirmació, recordatori de cites ni informació de **CLÍNICA DENTAL GAUDÍ**.

A.....de..... de 20.....

Nom i cognoms del pacient.....

DNI.....

Signatura del pacient (o del seu tutor legal si escau, afegint-hi el DNI)