



fisiocuidados.es
fisioterapia especializada a domicilio

Consentimiento de Datos

(Reglamento Europeo de Protección de Datos)

El paciente D/D^a

Con DNI/NIE.-

Nº de teléfono:

Dirección:

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

Responsable.- El responsable de los datos obtenidos es: Francisco Rivera Puerta con DNI.- 52537089Y, y tlf.- 617905899, franrive79@gmail.com. Fisioterapeuta colegiado de la Comunidad de Madrid, Nº 2543.

Finalidad.- La finalidad de la recogida de 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 Protección de Datos y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Atención al Paciente y de Derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Así como, recordarles sus citas, revisiones o futuras comunicaciones inherentes a su tratamiento.

Legitimación.- La legitimación del tratamiento de sus 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 lo que establezca la Ley de 41/2002 de Autonomía del paciente. El Responsable, indica que se han establecido las medidas técnicas y organizativas establecidas en el REPD, con el objeto 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 ejecutar los derechos de:

- Acceso ; Rectificación; Supresión; Limitación; Oposición; Portabilidad; Retirada de consentimiento; Reclamación a la autoridad de control
- Todo ello mediante escrito, acompañado de DNI que le identifique, dirigido al responsable del fichero arriba indicado.
- En caso de disconformidad con el tratamiento de sus datos, le asiste el derecho de presentar reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos, calle Jorge Juan n.6, 28001(Madrid).
En caso de pacientes menores de edad o personas tuteladas D/D^a con DNI.-
, en calidad de tutor legal.

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

Nombre:

Firmado.-