



DELGADOTRAUMA

INFORMACIÓN SOBRE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DEL PACIENTE

NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2 con DNI: 10101010A. Edad: años. HC: 24276

Responsable del tratamiento: Dr. Eduardo J. DELGADO TORNÉ

Finalidad: Sus datos personales son tratados para la prestación de los servicios sanitarios, la gestión administrativa de los mismos, así como la comunicación médico-paciente.

Legitimación: Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable; consentimiento del interesado; interés legítimo del responsable por comunicar y recordar la cita de la asistencia médica solicitada por el interesado.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros ajenos al servicio. En concreto, en caso de permanecer a una compañía aseguradora se cederán los datos con el fin de obtener las autorizaciones de las prestaciones médicas realizadas y la facturación a la misma.

En caso de no facilitar los datos personales la consecuencia será la imposibilidad de recibir el servicio solicitado.

Plazo conservación: Los datos personales serán conservados durante el plazo legal de 5 años. Transcurrido este tiempo, se conservarán mientras no se solicite su supresión por parte del interesado.

Derechos: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento de sus datos, incluido el derecho a retirar su consentimiento prestado, mediante una instancia que podrá solicitar al responsable del tratamiento.

Puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos en caso de que no se hayan atendido el ejercicio de sus derechos.

Finalidades que requieren consentimiento: COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

- Envío de comunicaciones electrónicas entre nuestra consulta y el paciente (recordatorio de citas, cancelación de citas, remisión de informes médicos...). ***NO INCLUYE PUBLICIDAD EN NINGÚN CASO***

CONSENTO: SÍ NO (*marque o rodee con un círculo su selección*)

Información adicional: Puede consultar la información adicional y detalla sobre protección de datos en www.delgadotrauma.com

Firma paciente: _____

NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2. DNI 10101010A. Firmado el **3/9/2025**

Firma titular: _____

D/D^a. _____ con DNI _____ en calidad de _____