

CLAUSULA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL Y COMUNICACIÓN DE DATOS A TERCEROS PARA LA PRESTACIÓN SANITARIA

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento Europeo 2016/679 General de Protección de Datos, y en relación a la recogida de datos personales de salud (Ley 41/2002 de 14 de Noviembre) se le informa que sus datos personales solicitados y facilitados se incorporarán a un fichero de esta empresa.

1. El **responsable del tratamiento** de sus datos es CLINICA VILLARREAL (MAXILO-ASTUR SL). Dir. postal: Paseo de la Florida 18 bajo, 33012- Oviedo. Teléfono: 985257815 Correo electrónico: clinica.villarreal@gmail.com. Su representante es el Dr. Pedro Villarreal y el contacto del delegado de Protección de Datos es: doctor@clinicavillarreal.com

2. Las **finalidades del tratamiento** de los datos personales que Usted nos facilita y los estudios radiográficos y las fotografías que nos entregue y nos autorice a hacerle son:

1. Realizar una correcta gestión y control sanitario buscando el beneficio en su salud:
 - Realizar una historia clínica detallada con los datos médicos relevantes de su salud
 - Gestionar nuestros servicios, incluyendo las tareas administrativas derivadas de la prestación asistencial, recordatorios, avisos técnicos, alertas de seguridad y mensajes de soporte, entre otros.
 - Realizar investigación epidemiológica, de investigación y análogas, preservando siempre su anonimato
2. Informar a los Doctores que le han referido a nosotros, sobre la evolución de su enfermedad, así como enviarles informes clínicos, pruebas radiológicas e incluso fotos, para lo cual solicitaremos previamente su autorización de forma expresa.
3. Enviarte notificaciones a través de tu teléfono (mensajes de voz o WhatsApp), ó correo electrónico para recordarte citas, informarte de nuestros productos y servicios y para enviarte publicidad.
4. Sus datos serán conservados en nuestros ficheros durante el tiempo adecuado para la asistencia médica y cumplir las obligaciones legales. En cualquier momento puede solicitar que sus datos sean borrados

3. **Legitimación:** La base jurídica del tratamiento de sus datos radica en que son necesarios para ejecutar un contrato de servicios médicos y con su consentimiento, realizar nuestro trabajo en aras de mejorar su salud o curar su enfermedad. La ley 41/2002 establece el deber de los pacientes a facilitar los datos sobre su estado físico o de salud de manera leal y verdadera, así como colaborar en su obtención. En otro caso no podrá prestarse una adecuada asistencia sanitaria.

4. **Destinatarios** a los que se comunicarán sus datos: Los datos son de uso interno, no se cederán datos a terceros salvo que Usted autorice a comunicar a los doctores que le han referido a nosotros información del tratamiento realizado en nuestra clínica. También podrán ser cedidos a las autoridades competentes en los casos que exista una obligación legal, y a las entidades aseguradoras en materia de salud, con las cuales Usted tenga contratado sus servicios.

5. Derechos:

- a. Tiene derecho a solicitar al responsable del tratamiento el acceso, rectificación, supresión, limitación de su tratamiento, oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos personales relativos a Usted. Para ejercitar estos derechos previstos en la Ley, deberá dirigirse por escrito al domicilio de esta empresa a través del formulario que le facilitaremos.
- b. Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento
- c. El derecho a presentar una reclamación u obtener información adicional de sus derechos ante la Agencia Española de Protección de Datos o una autoridad de control competente

Esta empresa se compromete al cumplimiento de su obligación de secreto de los datos de carácter personal y de su deber de guardarlos de forma confidencial, y adoptará las medidas necesarias, exigidas por la legislación vigente, para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta en todo momento del estado de la tecnología.

6. **Procedencia de los datos:** Aparte de los datos aportados por Usted, podemos tener datos suyos procedentes de los Doctores, Mutuas o Aseguradoras que le han referido a nosotros (previamente Usted debe haber dado su consentimiento para que ellos nos aporten esos datos).

He leído y acepto las condiciones:

Nombre y apellidos _____

D.N.I. _____ Tfnos _____ Sexo _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Fecha y Firma

En caso de menores de edad y personas legalmente incapacitadas:

Nombre y apellidos _____

D.N.I. _____

Padre () madre, () tutor (), tutora ()

Fecha y Firma