

- DNI solicitante/representante legal.
- DNI autorizado.
- Libro de familia.

Revisado por: _____

Nº de Historia: _____



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

CLÍNICAS NEXO, S.L.
 Padrón Nº 6, 28925 Alcorcón (Madrid)
 C.I.F.: B-84553940
 Teléfono: 914881579
 Email: info@clínicanexo.com

FINALIDADES DE LA RECOGIDA DE DATOS

- Gestión de los datos de los pacientes, antecedentes y sus historiales médicos necesarios para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria solicitada/contratada.
- Gestión de los datos de carácter identificativo para el correcto mantenimiento de relación profesional y comercial (programación de citas, recordatorios de citas, participación en campañas de información y promoción de la salud, envío de resultados, informes, etc. por vía telemática, gestión de expedientes con mutualidades y aseguradoras.

CATEGORÍAS DE DATOS PERSONALES

- **DATOS DE CARÁCTER IDENTIFICATIVO:** DNI/NIF, Nombre y Apellidos, Dirección, Teléfono, Email.
- **DATOS DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES:** Datos de Estado Civil, Fecha de Nacimiento, Edad, sexo, Nacionalidad, Características físicas o antropométricas.
- **OTROS TIPOS DE DATOS:** Historial médico del paciente, antecedentes destacados.

CATEGORÍAS DE DESTINATARIOS DE DATOS PERSONALES

- Clínicas y médicos colaboradores, laboratorios, aseguradoras y mutualidades.

DATOS DEL INTERESADO (Rellene todos los campos)

Paciente: _____ DNI/NIE: _____
 Teléfono: _____ E-mail: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Localidad: _____ C.P.: _____
 Representante legal: _____ DNI/NIE: _____
 (Si el paciente es menor o incapaz)

por medio del presente escrito, en conformidad con lo previsto en el Reglamento Europeo 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos de Carácter Personal presto la siguiente declaración:

AUTORIZO

A que se acceda y traten los datos de carácter personal, incluidos en este documento, de los cuales soy titular conforme a la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal, dándome por satisfecho de su finalidad y futuro tratamiento. También autorizo su cesión en los casos necesarios, y siempre que estén regulados cumpliendo las exigencias de la ley.

Se me informa de que puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de datos en las señas arriba indicadas. Doy, por lo tanto, mi consentimiento inequívoco, libre, expreso y por escrito al RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO.

Fecha: _____

Firma: _____