

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Nº Historia Clínica: 98190

Esta información sobre protección de datos se encuentra **legitimada** por el propio interesado, su representante legal o tutor al darnos su consentimiento mediante la aceptación del presente documento informativo.

El **responsable del tratamiento** de sus datos de carácter personal es **Hospital La Arruzafa - Instituto de Oftalmología La Arruzafa**. En caso de tener que contactar con el representante o con el delegado de protección de datos (DPO) del centro podrá hacerlo a través de correo postal o electrónico en la dirección:

Hospital La Arruzafa - Instituto de Oftalmología La Arruzafa S.L.
Avenida de La Arruzafa, 9 - 14012 Córdoba.
info@hospitalarruzafa.com

La **finalidad del tratamiento** de sus datos por parte del centro y para el cual debe dar su consentimiento es (marque con una "X" en la cuadrícula):

- La correcta asistencia médica y la gestión administrativa de la misma para facturación y cobro de los servicios asistenciales prestados.

La comunicación vía correo postal o electrónica de índole informativo y/o profesional sobre los servicios de asistencia médica oftalmológica, y sobre las actividades de la Fundación La Arruzafa.

En el caso de que usted sea *paciente de compañía de seguros sanitario, mutua o empresa (en caso de reconocimiento médico)*; sus datos podrán ser **cedidos** con el fin de autorizar la realización de ciertos actos médicos necesarios para su asistencia médica oftalmológica por parte del centro y/o para la gestión administrativa y cobro de la asistencia medica recibida. En caso de no autorizar la cesión de sus datos, la asistencia médica oftalmológica deberá ser prestada como paciente privado.

En el caso de que haya marcado la casilla de comunicación, sus datos de contacto se cederán a la Fundación La Arruzafa para el envío de comunicaciones.

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, usted puede **ejercitar sus derechos** de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición a sus datos, además de retirar/revocar el consentimiento prestado en este documento mediante la cumplimentación de la correspondiente instancia que podrá solicitar al delegado de protección de datos (DPO) del centro. Por último informarle de su **derecho a reclamar** ante la autoridad de control competente en caso de que no se hayan atendido el ejercicio de sus derechos por parte del centro.

He sido informado y consiento el tratamiento de mis datos para aquellas finalidades descritas anteriormente en el apartado "finalidad del tratamiento".

Y para que quede constancia, lo firmo en Córdoba a,

Nombre y Apellidos Paciente:

DNI:

Firma:

Si el paciente es menor de 14 años deberá dar su consentimiento el Representante Legal / Tutor.

Nombre y Apellidos Representante Legal / Tutor:

DNI:

Firma: