

CLAUSULAS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

De acuerdo a lo establecido en la normativa europea de Protección de Datos (RGPD) sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos facilite serán incorporados en los ficheros titularidad ITQB. Al firmar el presente documento, otorga su consentimiento expreso para que sus datos sean usados para ponerse en contacto con usted, incluso por vía electrónica a través de su dirección de email, para cualquiera de las siguientes finalidades: atender cualquier solicitud de información, recordar y agendar visitas, enviarle el boletín informativo y/o para garantizar una adecuada atención en las distintas fases de su proceso asistencial. Así mismo, autoriza expresamente a que sus datos personales, incluidos los de salud, puedan ser comunicados a las entidades que, según nos informe o conforme a la ley, sean responsables del pago de la asistencia sanitaria practicada.

CONSULTA NO PRESENCIAL

El paciente acepta y entiendo las limitaciones que presenta una consulta telefónica, respecto a una presencial ordinaria, independientemente de que esta tenga la misma duración. El diagnóstico, recomendaciones que se lleven a cabo durante la misma, dado que no será posible llevar a cabo ninguna exploración física, se realizarán sólo en base a las pruebas médicas e informes médicos facilitados por el paciente, así como los datos y síntomas que éste proporcione a lo largo de la consulta telefónica.

EJERCICIO DE DERECHOS:

Le informamos de que en cualquier momento puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales incluidos en nuestros ficheros, enviando un e-mail a aplcot.bcn@quironsalud.es.

Además, también tendrá la condición de confidencial la información de cualquier tipo que las partes intercambien entre sí, aquella que estas acuerden que tiene tal naturaleza, o la que simplemente verse sobre el contenido de dicha información.

¿CÓMO NOS HA CONOCIDO? Marque todas las casillas que apliquen"

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | He sido derivado por otro médico ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> | Hospital Quironsalud Barcelona |
| <input type="checkbox"/> | Conocido / familiar / paciente | <input type="checkbox"/> | Instagram |
| <input type="checkbox"/> | Web Dr. Roberto Vélez Villa - www.drrobertovelez.com | <input type="checkbox"/> | Facebook |
| <input type="checkbox"/> | Doctoralia (directorío médico) | | |
| <input type="checkbox"/> | Abcmedico (directorío médico) | | |
| <input type="checkbox"/> | Otro: | | |

En _____, a _____ de septiembre de 2019

Nombre y Apellidos:

Firma: