

## **INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PACIENTES**

### **A. RESPONSABLE:**

- NUTRISALUD DIETETICA, S.L.P. (B04901070)
- NATALIO TRIVAS, 55 1ºB ( 04770 Adra )
- isabelperez81@gmail.com

### **B. FINALIDADES:**

- Prestación asistencial al paciente (visitas médicas, intervenciones, pruebas).
- Gestión del paciente y su historia clínica.
- Tareas administrativas derivadas de la prestación asistencial.
- Informarle de nuestros productos y servicios vía electrónica, telefónica, WhatsApp y postal.

### **C. LEGITIMACIÓN:**

- Ejecución de contrato de prestación de servicios entre el sanitario y el paciente.
- Ejecución de un contrato con su mutua médica.
- Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Interés legítimo en informar a nuestros pacientes de nuestros productos y servicios sanitarios.

### **D. DESTINATARIOS:**

- Compañías responsables de su cobertura médica para que ésta pueda conocer el acto prestado y hacer frente a su responsabilidad.
- Centros o profesionales sanitarios responsables del paciente o necesarios para la prestación de los servicios solicitados.
- Casos legalmente previstos

### **E. CONSERVACIÓN DE LOS DATOS:**

- Serán conservados durante la vigencia del acuerdo asistencial.
- Se conservarán en todo caso según las exigencias de conservación de la documentación clínica de la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Datos comerciales: cuando el usuario solicite su baja.

### **F. DERECHOS**

- Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos personales.
- Puede solicitarlos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable.
- En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Autoridad de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)).

**AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS DE SALUD PARA LAS FINALIDADES INDICADAS**

**NO DESEO RECIBIR INFORMACIONES COMERCIALES**

**NOMBRE Y APELLIDOS / DNI\*:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

*Está prohibida la entrega de resultados médicos a personas distintas de los pacientes, salvo presentación por el solicitante del D.N.I del paciente y una autorización firmada.*

*\*En caso de que el paciente sea menor 16 años, se deberá incluir el nombre del menor y el nombre y firma de su representante legal (madre, padre o tutor).*