



**CLÍNICA LUCENA SALUD**  
PAREJO & CAÑERO

**TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales)**

Paciente:

DNI:

Correo electrónico:

NHC:

Teléfono:

Móvil:

RESPONSABLE	<b>CLINICA LUCENA SALUD</b> El responsable del tratamiento de sus datos clínicos es Clínica Lucena Salud, S.L. En cumplimiento de lo establecido en la RGPD, sus datos serán tratados en nuestros ficheros.								
	Dirección: Avda. Luis Alberto de Cuenca nº 20, Bajo. 14900 Lucena/ Correo: <a href="mailto:proteccion.datos@lucenasalud.com">proteccion.datos@lucenasalud.com</a> Delegado de Protección de datos: Verónica Cabezas Rivas								
FINALIDADES	<b>Finalidades principales:</b> 1. Prestación y seguimiento de la asistencia sanitaria (apertura y mantenimiento de historia clínica, prevención y diagnóstico médico, tratamiento médico o seguimiento de proceso clínico, contactar para recordar citas, revisiones o disponibilidad de resultados, informar al médico o equipo prescriptor del resultado de las pruebas y/o asistencias realizadas y cualquier actuación necesaria para la gestión de la prestación del servicio de salud) y 2. Realización de encuestas de satisfacción de la asistencia médica para mejorar la calidad de los servicios.								
	Finalidades adicionales. ¿Autoriza Usted los siguientes tratamientos de sus datos personales <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Informar a acompañantes en salas de espera o consultas del resultado de las pruebas y/o asistencias realizadas</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Emitir justificantes de su asistencia a favor de los acompañantes que lo soliciten</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Acepto ser informado sobre servicios sanitarios de CLINICA LUCENA SALUD</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Informar a acompañantes en salas de espera o consultas del resultado de las pruebas y/o asistencias realizadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Emitir justificantes de su asistencia a favor de los acompañantes que lo soliciten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Acepto ser informado sobre servicios sanitarios de CLINICA LUCENA SALUD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Informar a acompañantes en salas de espera o consultas del resultado de las pruebas y/o asistencias realizadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No							
<input type="checkbox"/> Emitir justificantes de su asistencia a favor de los acompañantes que lo soliciten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Acepto ser informado sobre servicios sanitarios de CLINICA LUCENA SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
LEGITIMACIÓN Y CONSERVACIÓN	<b>Legitimación:</b> La base de legitimación para el tratamiento de los datos en la prestación y seguimiento de la asistencia sanitaria, es la ejecución del contrato que el paciente acepta solicitar la asistencia sanitaria. La realización de encuestas de satisfacción, encuentra su base en el interés legítimo del hospital. Las finalidades adicionales, estarán justificadas por el consentimiento que, en su caso, el paciente haya otorgado. En casos excepcionales se podrán realizar tratamientos de datos sin consentimiento para la protección de intereses vitales producidos por situaciones especiales, urgentes o sobrevenidas.								
	<b>Conservación:</b> Sus datos utilizados para la finalidad asistencial serán conservados durante los plazos establecidos en la normativa nacional y autonómica aplicable, y al menos, según lo dispuesto en la Ley 41/2002, durante los cinco años siguientes desde que se produzca el alta de cada proceso asistencial. Para los tratamientos específicamente consentidos por el usuario, los datos serán conservados mientras el titular no revoque el consentimiento prestado o solicite la supresión/cancelación de sus datos.								
CESIONES NECESARIAS PARA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sus datos se comunicarán a la empresa LUCENA SALUD únicamente para gestionar la prestación asistencial del paciente.</li> <li>■ Sus datos podrán ser comunicados a cuantos Organismos Públicos con competencia en la materia los requieran en cumplimiento de la legalidad vigente tanto Estatal como Autonómica.</li> <li>■ Podrán acceder a sus datos identificativos y de salud los profesionales asistenciales que estén implicados en el diagnóstico o tratamiento de su proceso asistencial.</li> <li>■ En caso de que la asistencia sanitaria requiera servicios de laboratorios de anatomía patológica o de otras especialidades, sus datos podrán ser cedidos a laboratorios externos para el análisis de las muestras y posterior facturación.</li> <li>■ Si la asistencia sanitaria requiere la utilización de material sanitario como implantación de prótesis o colocación de implantes, sus datos podrán ser cedidos a la empresa proveedora para su facturación y/o para dar cumplimiento a la normativa sobre productos sanitarios.</li> </ul>								
OTRAS CESIONES	<b>Cobertura de salud:</b> Si la asistencia Sanitaria se realiza al amparo de pólizas o coberturas de las que Ud. sea beneficiario como paciente, el Hospital podrá facilitar la información de los servicios prestados incluyendo sus datos personales e información derivada de la asistencia sanitaria, a las aseguradoras o entidades bajo cuya cobertura se presta la asistencia. La comunicación de esos datos se realiza de conformidad con el consentimiento previamente prestado por usted en la póliza suscrita con su Compañía Aseguradora, y resulta imprescindible para la cobertura y la facturación de los servicios prestados. Si la asistencia sanitaria se prestase en virtud de concierto con la Seguridad Social, sus datos serán comunicados a su Hospital de referencia para la prestación de la asistencia sanitaria y la facturación de los servicios. En caso de accidentes sus datos podrán ser comunicados a la aseguradora con la que la parte contraria tenga contratado el seguro de responsabilidad civil para la cobertura de la asistencia sanitaria prestada. <b>En caso de oponerse a la cesión de datos a su cobertura de salud, será íntegramente de su cargo, como paciente particular, el pago de los productos y/o servicios prestados.</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES	(Sólo cumplimentar si Ud. Es paciente privado extracomunitario o posee una póliza de seguros contratada fuera de la Unión Europea). Autorizo la transferencia internacional de mis datos si la compañía de seguros bajo cuya cobertura se presta la asistencia sanitaria se encuentra en países cuya normativa de protección de datos no es equiparable a la normativa europea.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
DERECHOS DE INTERESADOS	Los interesados pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u oposición a los tratamientos dirigiéndose por escrito al domicilio social del centro o mediante envío de un correo electrónico a <a href="mailto:proteccion.datos@lucenasalud.com">proteccion.datos@lucenasalud.com</a> , adjuntando copia de DNI u otro documento identificativo. Asimismo, podrá solicitar retirar el consentimiento prestado y reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos <a href="http://www.agpd.es">www.agpd.es</a> )								
PROCEDENCIA DE LOS DATOS	Los datos personales, incluidos antecedentes y atención sanitaria recibida con anterioridad, pueden proceder del paciente o su representante legal, familiares y/o acompañantes y/o los servicios o profesionales sanitarios que le hayan atendido con anterioridad y le remitan a nuestro centro.								

Firmado:

Fecha: