

Registro y autorización para recogida de informes físicos

D/Dña.....

DNI/NIF.....

Recoge su informe el día (a rellenar por el Centro).....

Recibí informe, Fdo:

Se le solicitará que presente su DNI en el mostrador de recogida

En caso de que usted no pueda recoger su informe y tenga que enviar a otra persona a hacerlo, dicha persona deberá aportar el siguiente formulario completo y firmado, junto con la documentación que se solicita en la parte inferior:

D/Dña.....

con DNI/NIF....., paciente de CENTRO PATOLOGIA DE LA MAMA y con domicilio

en.....

Por la presente Autorizo a:

D/Dña.....

con DNI/NIF....., para recoger datos de carácter personal correspondientes a mi HISTORIAL CLÍNICO en CENTRO PATOLOGÍA DE LA MAMA. Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente documento

En....., a de..... de 20.....

Fdo, Firma de la persona autorizante

El presente documento siempre deberá ir acompañado de fotocopia del DNI o pasaporte del autorizante. Además se solicitará que el autorizado presente su DNI original en el mostrador, en el momento de la recogida.

En cumplimiento de lo previsto en la LEY 41/2002, de 14 de Nov., básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274, de 15 de Nov. del 2002), es necesario la presentación de este comprobante para la recogida del informe médico y/o analítico practicado.

CENTRO DE PATOLOGÍA DE LA MAMA no se responsabiliza de las consecuencias derivadas del retraso o la no recogida de los resultados de las pruebas prescritas por su médico, y realizadas en este centro.

En cumplimiento de lo establecido en los artículos 13 y 14 del RGPD (UE) 2016/679, de 27 de abril, y en el artículo 11 de la LOPD 3/2018, de 5 de diciembre, ponemos a disposición del interesado la información básica referente al tratamiento de sus datos de carácter personal. CENTRO DE PATOLOGÍA DE LA MAMA no informará telefónicamente acerca del contenido o resultado de dichos informes médicos, así como de cualquier dato derivado de la asistencia sanitaria realizada al paciente. La actividad de tratamiento es GESTIÓN DE PACIENTES CON HISTORIALES CLÍNICOS. El responsable del tratamiento es: CENTRO DE PATOLOGÍA DE LA MAMA S.L., con NIF: B01989680, y con domicilio en C/ José Abascal, 40 tercera planta, C.P.:28003-MADRID (MADRID). La finalidad del tratamiento es: Gestión de pacientes con historiales clínicos, citas, pruebas médicas. En cuanto a la base jurídica es consentimiento inequívoco del interesado. En relación con los destinatarios de los datos personales: Hay previsión de cesiones, consultar información adicional. Sin previsión de transferencias internacionales. En cuanto a los derechos de que dispone el interesado en relación con sus datos, este puede dirigirse a CENTRO DE PATOLOGÍA DE LA MAMA S.L. como responsable: José Abascal 40 C.P.: 28003-Madrid (MADRID) o info@cpm-tejerina.com. Puede consultar dicha información adicional y detallada sobre protección de datos en recepción en la sede C/José Abascal 40 28003-Madrid.