

## Registro y autorización para recogida de informes físicos

D./Dña. .... con DNI/NIF .....  
recoge su informe el día (a rellenar por el Centro).....

Recibí informe, Fdo:

Se solicitará que presentes tu DNI en el mostrador de recogida.

---

**Si no puedes recoger tu informe personalmente y necesitas enviar a alguien en tu lugar, esa persona deberá presentar el siguiente formulario debidamente completado y firmado, junto con la documentación indicada al final del mismo.**

D./Dña. .... con DNI/NIF .....  
paciente del Centro de Patología 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 el CENTRO DE 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 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. 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 N.I.F.: B01989680, y con domicilio en C/ José Abascal, 40 tercera planta, C.P.: 28003 - Madrid (MADRID) La finalidad del tratamiento es: Consultas médicas a través de videollamada, sin autorización a la grabación y uso de las imágenes por ninguna de las partes; Gestión de historiales clínicos de pacientes, con la finalidad de prestar servicios médicos y realización de pruebas médicas; Gestión de pruebas médicas, en formato digital, con el paciente a través de la plataforma IST. 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 C/ José Abascal, 40 28003 - Madrid