

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO PACIENTES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre/Apellidos del psicólogo Fco Javier Aranda Martín con DNI 53682325A Licenciado en Psicología colegiado Nº AO-10765.

INFORMACIÓN

Se informa que los datos personales facilitados por Ud. como paciente, o los del menor bajo su tutela en su caso, serán objeto de tratamiento cuyo responsable figura en la cabecera de este documento.

La finalidad del tratamiento es la gestión de las actuaciones profesionales psicológicas del responsable orientadas al tratamiento del paciente, así como la gestión administrativa derivada de las mismas. Su legitimación proviene de que el tratamiento es necesario para la ejecución del contrato de prestación de asistencia psicológica.

Los datos que se le soliciten durante el transcurso de las terapias son los necesarios para la prestación del servicio y, además de los datos de identificación personal, se le podrán solicitar a criterio del psicólogo entre otros, datos personales relativos a la salud física y/o mental. Estos tipos de datos sólo podrán ser obtenidos y tratados por el psicólogo si dispone del consentimiento expreso por su parte para realizarlo.

Los datos personales facilitados, así como los inferidos de las actuaciones profesionales no serán cedidos ni comunicados a terceros salvo que se disponga de autorización del paciente o lo exija una obligación legal. Estos datos serán conservados y custodiados por el psicólogo durante un plazo máximo de 10 años desde la última actuación profesional realizada.

También se le informa del derecho a solicitar al responsable del tratamiento el acceso a los datos personales relativos a Ud. o al menor bajo su tutela y su rectificación o supresión, o la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, y a presentar una reclamación ante una autoridad de control.

CONSENTIMIENTO

Otorgo, en calidad de paciente, el consentimiento al responsable para el tratamiento de mis datos personales para la finalidad y en los términos informados anteriormente.

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

Nombre, Apellidos y DNI del paciente:

.....

Firmas: