



PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

En/Na _____
(en endavant, el pacient), major d'edat, amb DNI _____, i domicili a efectes de notificacions a _____, consent expressament i autoritza a **MURALLES SALUT, SLP** perquè realitzi el tractament de les dades que voluntàriament li cedeix, d'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades (d'ara endavant, RGPD) 2016/679, de 27 d'abril de 2016, la Llei 34/2002, d'11 de juliol, de serveis de la societat de la informació i de comerç electrònic (d'ara endavant, LSSICE) i altra legislació connexa.

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL (omplir en cas de menors o incapacitacions):

Sr./a. _____,
amb DNI _____ i domicili a efectes de notificacions a _____, en qualitat de _____ del pacient.

MURALLES SALUT, SLP, amb CIF B55580013, amb domicili a efectes de comunicacions a Tarragona, carrer Escultor Verderol s/n, manifesta que:

1. En virtut del que es disposa en els articles 37 i següents del RGPD té nomenat un Delegat de Protecció de Dades (d'ara endavant, DPD). Les dades del qual són:
Joan Haro Benavente – protecciodades@murallessalut.cat
2. Que no realitzarà cap transferència internacional de les dades obtingudes en virtut del present consentiment o com a conseqüència del tractament dels mateixos.
3. Que pot exercir el dret a sol·licitar l'accés a les dades personals, i a la seva rectificació o supressió, o la limitació del seu tractament, o a oposar-se al tractament, així com el dret a la portabilitat de les dades.
4. Que pot exercir el dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (www.agpd.es), en el supòsit que consideri vulnerats els seus drets.
5. Que no es prenen decisions automatitzades, ni s'elaboren perfils, a les quals es refereix l'article 22, apartats 1 i 4 del RGPD.

6. Que pot, en qualsevol moment, retirar el seu consentiment al tractament de les dades personals per part de **MURALLES SALUT SLP** amb la conseqüència que el centre no podrà continuar oferint els serveis assistencials sense el seu consentiment. Així mateix, la revocació del consentiment no afectarà a la licitud del tractament de dades basada en el consentiment abans de la seva retirada.
7. Les dades obtingudes es tractaran amb les següents finalitats:
 - a) Donar-li la millor assistència professional, administrativa i personal possible.
 - b) En cas que ho desitgi, comunicar / lliurar informació (administrativa i / o clínica) a vostè o les persones que autoritzi expressament, fins i tot via electrònica.
 - c) En cas que ho desitgi, comunicar fins i tot per mitjans electrònics, informació que pugui ser del seu interès sobre activitats o serveis relacionats amb el motiu de la seva visita a Muralles Salut, S.L.P. i/o els seus especialistes col·laboradors.
 - d) Control de qualitat i millora dels serveis valorats.
 - e) Informar-li de nous serveis, promocions i novetats de **MURALLES SALUT SLP** per mitjans electrònics.
8. **MURALLES SALUT SLP** conservarà la documentació administrativa i clínica dins el termini legal establert per la normativa d'aplicació, segons el cas, i d'acord amb la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient.
9. Les següents entitats tindran accés a les dades obtingudes, en el marc dels contractes de prestació de serveis subscrits amb **MURALLES SALUT SLP**:
 1. CERBA INTERNACIONAL, SAE – NIF: A08559932 (anàlisis clíniques)
 2. INSTITUT DE DIAGNOSI PER LA IMATGE – NIF: Q5856249G
 3. CENTRE DE DIAGNOSI PER LA IMATGE, SL – NIF: B43362300
10. Li informem que a l'adreça <http://www.murallessalut.cat/politica-privacitat.php> pot accedir a una informació més detallada de la nostra política en matèria de protecció de dades.

Estic informat/da de les condicions que m'han autoritzat a accedir a les dades de caràcter personal gestionades en els sistemes d'informació de **MURALLES**.



LLIURAMENT D'INFORMACIÓ A PERSONES AUTORITZADES

El pacient autoritza a les següents persones i en particular al familiar/persona que signa com a "Responsable del pacient" a sol·licitar i rebre en nom del propi pacient informació/documentació administrativa i/o clínica derivada de la seva visita:

(indicar nom, cognoms i DNI)

- 1.
- 2.
- 3.

MENORS D'EDAT ACOMPANYATS PEL REPRESENTANT LEGAL

MURALLES SALUT SLP fomenta i protegeix les relacions paternofiliars juntament amb el degut respecte a la confidencialitat de les dades personals dels menors d'edat i els seus progenitors, garantint que cap persona no autoritzada pot accedir a aquestes dades.

Així mateix, el progenitor que acompanya al menor durant la seva visita, autoritza expressament l'altre progenitor que pugui tenir accés a la informació i documentació administrativa i/o clínica derivada de la visita del menor al centre.

Si té coneixement que l'altre progenitor està privat de la representació legal del menor, si us plau poseu-ho en el nostre coneixement juntament amb la documentació que acrediti aquesta situació, en cas de disposar-ne:

Aporta documentació

No aporta documentació ¹

AUTORITZACIÓ ENVIAMENT DOCUMENTACIÓ CLÍNICA

El/la Sr./Sra. _____, major d'edat, amb DNI/NIE/passaport _____, autoritza que Muralles Salut SLP faciliti a la seva companyia d'assegurances _____ (o aquella asseguradora que resulti civilment responsable dels danys ocasionats en l'accident que va tenir lloc a _____, el dia _____, a les ____ hores) i que doni cobertura als serveis sanitaris, tota aquella informació mèdica i administrativa que aquesta sol·liciti per poder procedir a la facturació de les prestacions mèdiques rebudes, limitant dita autorització únicament a la documentació directament relacionada amb el servei assistencial subjecte de cobertura per aquest tercer en cada cas concret, quedant



RECOLLIDA CONSENTIMENT INFORMAT

explícitament excloses d'aquesta autorització els antecedents personals i altres dades mèdiques no relacionats amb l'acte o prestació mèdica, i amb el fet que origini la responsabilitat de la companyia asseguradora (tercer).

NO AUTORITZO a comunicar a la meua entitat asseguradora dades personals, optant en conseqüència a abonar directament el cost dels serveis prestats al centre.

AUTORITZO a MURALLES SALUT, SLP

ALTRES

NO DESITJO rebre comunicacions informatives o publicitàries dels serveis que em puguin oferir el centre i/o els seus especialistes col·laboradors.

Tarragona, a d de 20

Signatura pacient

Signatura tutor / representant legal

Nom i cognoms:

DNI:

Nom i cognoms:

DNI:

¹ S'informa que el fet de no presentar cap documentació no evitarà que l'altre progenitor pugui accedir a les dades del menor, fins que no es provi la privació de representació legal.

Documentació a presentar:

DNI, passaport o NIE del titular

DNI, passaport o NIE de les persones autoritzades

Informació del seu interès sobre protecció de dades:

Responsable: Servei Català de la Salut (CatSalut). **Encarregat:** MURALLES SALUT, SLP tracta la informació.

No s'elaboren perfils de les persones que han facilitat dades, ni es prenen decisions automatitzades a partir de la informació disponible.

Les dades personals proporcionades **es conservaran** amb caràcter general fins que se sol·liciti la seva supressió per l'interessat. En tot cas, durant un termini mínim de 15 anys en cas de dades relatives a la salut dels pacients.

Finalitat: Gestió de la salut de la població assignada dins el marc del servei públic de salut.

Legitimació: El tractament és necessari per el compliment d'obligacions legals derivades de la prestació dels serveis públics de salut; d'acord amb el contracte subscrit amb el CatSalut i que pot consultar a http://www.murallessalut.cat/documents/2013-COPIA-SENCERA-CONTRACTE-CATSALUT-MURALLES_SALUT_SLP_2013.pdf

Destinatari: Tindran accés a la informació el CatSalut, les Autoritats Sanitàries i els operadors sanitaris de referència, així com les organitzacions que presten serveis de proves diagnòstiques i per la imatge.

Drets: Accedir, rectificar, cancel·lar i oposar-se al tractament de les seves dades personals, així com altres drets, com s'explica a la informació adicional sobre Protecció de dades que pot consultar-se a l'apartat Política de privacitat de <http://www.murallessalut.cat/>