Imprimir formulario

Cruz Roja

Centro de Hemodiálisis de Oviedo

CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Yo, D. / Dña.: ……, con D.N.I. ……

AUTORIZO A:

D. / Dña.: …… ……, con D.N.I. ……

A la recogida de la documentación clínica solicitada al Centro de Hemodiálisis de Cruz Roja de Oviedo.

Oviedo, a …… de ……de 200…

Firma del paciente:

NOTA: este impreso deberá ir acompañado del D.N.I. del paciente y de la persona autorizada

Protección de datos : Conforme al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, le informamos que los datos personales aportados por Vd. serán tratados por CRUZ ROJA ESPAÑOLA CENTRO HEMODIÁLISIS DE OVIEDO, para la prestación de la asistencia sanitaria requerida, así como gestionar y conservar su consentimiento para la realización de los tratamientos indicados.
Para obtener información adicional sobre nuestra política de privacidad, visite la página web www.crhemodov.com
Puede ejercer los derechos de acceso rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad, dirigiéndose a CRUZ ROJA ESPAÑOLA - CENTRO HEMODIÁLISIS DE OVIEDO Calle Martínez Vigil, 36, 33010 Oviedo (Asturias). (Att/ Delegado de Protección de Datos) o por correo electrónico en la dirección rgpdcdialisis@crhemodov.com