

**Entrega copia historia clínica al paciente (Mayores de edad)**

GIRONA, en fecha .....

Para salvaguardar la seguridad y confidencialidad de sus datos, y en cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD 2016/679 (UE), le informamos que, para proceder a la entrega de su copia de la Historia Clínica, CLÍNICA BOFILL, SL precisa, según el caso:

1. Presentación del DNI del paciente en caso de que sea el propio paciente quien venga a recoger los resultados.
2. Si no es el paciente quien recoge los resultados, la persona encargada deberá presentar una autorización expresa y firmada por el titular de la prueba (paciente), acompañando dicha autorización con la fotocopia del DNI del paciente.

En todo caso, la persona que reciba la copia de la historia clínica deberá cumplimentar el apartado siguiente:

(Este documento será custodiado por CLÍNICA BOFILL, SL como comprobante. Cualquier fotocopia del DNI será devuelta al portador. Los datos recogidos en este formulario no formarán parte de ningún tratamiento ulterior de datos personales).

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI núm. \_\_\_\_\_, **del cual adjunto fotocopia para su comprobación,**

Autorizo a: \_\_\_\_\_ con DNI núm. \_\_\_\_\_

para recibir la información de mi interés.

**Firma del paciente:**

Fecha de autorización: __/__/____
-----------------------------------

Derecho de información:

*Sus datos serán tratados por CLÍNICA BOFILL, SL con la única finalidad de autorización y comprobante de entrega de la petición efectuada. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad de los datos y oposición al tratamiento, así como retirar el consentimiento otorgado, adjuntando documento acreditativo de su identidad, ante CLÍNICA BOFILL, S.L. a través del email [dpo@protecdatus.com](mailto:dpo@protecdatus.com). También puede presentar una reclamación ante la AEPD.*