

Entrega de copia historia clínica al paciente (Menores 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:

1. La solicitud del titular de la patria potestad o tutor legal, junto con la presentación del DNI o documento acreditativo de identidad.

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, como titular de la patria potestad/progenitor del paciente** _____ con DNI núm. _____

Firma del titular de la patria potestad / progenitor:

Fecha: __/__/____

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. También puede presentar una reclamación ante la AEPD.