

Para proporcionarle la mejor asistencia sanitaria, desde **MIRANZA** necesitamos que nos autorice el tratamiento de sus datos personales mediante la firma de este documento en el cual tiene toda la información detallada. Como sabemos que es una información tediosa que a veces cuesta entender a la primera, le animamos a que pregunte cualquier duda que le surja a las personas de nuestro centro. Pregunte lo que necesite hasta quedarse tranquilo, a todos nos pasa.

Complete sus datos personales

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos	
DNI	
Nombre y apellidos tutor/a legal y DNI (para pacientes menores de edad)	
Correo electrónico	
Teléfono	
Dirección completa (calle, nº, localidad, CP)	

Asegúrese de autorizar esta casilla si dispone de un seguro privado y desea que se le comuniquen sus datos para asumir los costes de la prestación sanitaria.

Autorizo

No autorizo

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento de estos datos

INSTITUTO DE MICROCIRUGIA OCULAR DOS S.L.U.
IMO Barcelona Grupo Miranza
B-64261878
C/ Josep María Lladó 3, Barcelona. 08035

Base/s legítima/s del tratamiento

- i) Consentimiento explícito.
- ii) Relación contractual paciente-centro.
- iii) Letras c) y j) art. 9.2 RGPD.
- iv) Interés legítimo del centro.

Para qué se van a usar los datos del paciente

- 1 Para la prestación de **asistencia sanitaria** y/o **tratamientos médicos** (prevención, diagnóstico, cirugías, etc)
- 2 Para la **gestión administrativa, contable y fiscal** (incluidas las comunicaciones con el paciente en relación con el servicio sanitario prestado: citas, recordatorios, envíos de informes por correo electrónico, etc).
- 3 Para la realización de **estudios estadísticos, memorias**, etc.

Además de lo anterior, podemos utilizar sus datos para:

4

Realizar investigaciones **biomédicas y/o estudios clínicos** así como para **finés docentes**.

Autorizo

No autorizo

5

Controlar y mejorar la experiencia que entregamos a los pacientes a partir de la realización y **envío de encuestas de satisfacción** a través de diferentes canales (formulario, teléfono, correo postal, correo electrónico, internet).

Autorizo

No autorizo

6

Enviar comunicaciones sobre servicios y tratamientos, incluidas aquellas de carácter comercial o publicitario, y de contenidos de interés en base a gustos y preferencias del paciente de MIRANZA INVERSIONES OFTALMOLÓGICAS, S.L., grupo al cual pertenece el CENTRO, a través de todos los canales del grupo (mail, correo postal y/o SMS).

Autorizo

No autorizo

7

Realizar **justificantes** en nombre de sus familiares, amigos y/o personas de contacto que nos lo requieran **con motivo de un ingreso y/o acompañamiento**.

Autorizo

No autorizo

8

Autorizo a la persona designada en el presente formulario para que se le pueda **proporcionar información** relativa a las finalidades establecidas en el presente documento. En cualquier momento el/a interesado/a podrá retirar la autorización otorgada a través de los medios facilitados en el documento.

Nombre y Apellido: _____

Correo electrónico: _____

DNI: _____

Autorizo

No autorizo

9

Usar su imagen con la finalidad de, en casos de urgencia, **realizar diagnósticos y/o revisiones a través de videoconferencia**.

Autorizo

No autorizo

10

Usar su imagen para **finalidades informativas, de documentación y divulgación** por medios como artículos de investigación, memorias anuales, revistas, página web o redes sociales del Grupo Miranza, de acuerdo con lo dispuesto en la LO 1/1982, de 5 de mayo, sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Autorizo

No autorizo

Fecha

Firma paciente

Firma tutor/a legal
(pacientes menores de edad)

CONDICIONES ADICIONALES

Los datos personales y la documentación obtenida/facilitada en relación con las **finalidades 1, 2 y 3** podrán ser comunicados de forma limitada por la ley y por este documento a: **i)** Otras entidades pertenecientes al Grupo Miranza (<https://miranza.es/clinicas-miranza/>), así como a empresas o profesionales vinculados a los servicios recibidos en cada proceso sanitario y/o asistencial, entre las que destacan entidades o profesionales especializados en realización de analíticas, anatomía patológica, implantes, prótesis, transporte sanitario, laboratorios, centros sanitarios, transporte sanitario, etc; **ii)** Instituciones públicas con competencia en materia de salud y/o actividad asistencial según la legislación sectorial vigente, como es el caso de la gestión de su usuario al Servicio Autonómico y/o Estatal de salud y a aquellas entidades públicas y privadas con las cuales exista un concierto o contrato regulador de transferencias de información sobre personas; **iii)** Proveedores que prestan servicios al CENTRO, tales como servicios informáticos, de alojamiento de contenido, etc; **iv)** En caso de haber autorizado, a aseguradoras o terceros públicos/privados que otorguen cobertura al servicio sanitario recibido por el/la paciente advirtiéndole que, en caso de negarse el/la paciente, éste se hará cargo y abonará directamente los servicios y, finalmente, **v)** por obligación legal.

Por otro lado, y en función de las **finalidades 4 a 10** a las que autorice voluntariamente el/la paciente, los datos podrán ser comunicados también a: promotores de investigaciones y docentes, empresas de comunicación, redes sociales, proveedores de mensajería instantánea, de envío de notificaciones, servicios publicitarios, familiares, etc.

Plazo de conservación

Los datos personales y la documentación proporcionada/generada se conservará de acuerdo con los plazos normativamente establecidos y/o, en todo caso, hasta la prescripción de las acciones que pudieran derivarse. En aquellos casos en que el/la paciente haya autorizado voluntariamente el tratamiento y cuya finalidad lo permita, los datos podrán conservarse hasta la revocación y/u oposición del interesado.

Información sobre la oposición y/o no autorización al tratamiento y comunicación de los datos

En caso de oponerse y no autorizar los tratamientos y comunicación de los datos relativos a las **finalidades 1, 2 y 3**, no se podrá proporcionar la asistencia sanitaria/servicio por parte del CENTRO, salvo que ésta responda a la necesidad de protección de los intereses vitales del interesado.

Derechos del interesado

Si lo desea puede contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos (DPD), solicitar la revocación de los consentimientos facilitados y/o ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición (oposición a la toma de decisiones automatizadas), limitación del tratamiento y/o portabilidad de los datos mediante escrito dirigido al Responsable de Tratamiento en la siguiente dirección: **C/ Josep María Lladó 3, Barcelona. 08035** o en la siguiente dirección de correo electrónico: **dpd.rgpd@imo.es**. En caso de que considere que se han vulnerado sus derechos también le asiste el derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de control competente.

