



Apellidos:

Nombre:

NIF:

TRIAJE TELEFÓNICO

¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días (temperatura > 37,5º)?

¿Ha tenido tos o cualquier otro signo respiratorio en los últimos 14 días?

¿Ha tenido o tiene diarrea u otras molestias digestivas en los últimos 14 días?

¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días?

¿Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?

¿Ha tenido en los últimos 14 días algún tipo de lesión en la piel que no hubiese tenido antes, sobre todo en los dedos de los pies y las manos?

¿Ha estado en contacto (laboral o social) o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus?

¿Ha pasado la enfermedad del COVID-19?

En caso de haber pasado la enfermedad, ¿sigue usted en cuarentena?

El responsable del tratamiento de sus datos es CENTRO MEDICO D'SAGAS, B-84313709, C/TRINIDAD TORTUERO 11 - 19200, AZUQUECA DE HENARES (GUADALAJARA), info@centromedicoesteticodsagas.com

Los datos que nos facilite serán tratados exclusivamente para la gestión de la relación contractual existente entre las partes, para la gestión de la prestación sanitaria contratada, así como para las finalidades que expresamente nos autorice.

Sus datos serán conservados mientras dure nuestra relación contractual, así como el tiempo necesario para cumplir con las correspondientes obligaciones legales y, particularmente con lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La base legal para el tratamiento de sus datos es el mantenimiento de la relación contractual, así como, en su caso, la realización y cumplimiento, de los servicios y obligaciones legales inherentes a la prestación sanitaria recibida.

Sus datos podrán ser cedidos o comunicados a aquellos destinatarios que sean estrictamente necesarios para el cumplimiento de las obligaciones contractuales, para el cumplimiento de aquellas otras finalidades expresamente autorizadas por usted, así como para el cumplimiento de las obligaciones a la que vengamos obligados en cumplimiento de la Ley.

En cualquier momento podrá ejercer sus derechos como titular de los datos, a cuyo efecto, le informamos que tiene derecho a retirar sus consentimientos en cualquier momento, oponerse al tratamiento, limitar el mismo, acceder, rectificar, suprimir los datos y ejercer su derecho a portabilidad, mediante petición escrita enviando una copia de su DNI a CENTRO MEDICO D'SAGAS, B-84313709, C/TRINIDAD TORTUERO 11 - 19200, AZUQUECA DE HENARES (GUADALAJARA), info@centromedicoesteticodsagas.com

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos www.agpd.es.

Se me ha informado, igualmente, de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento. He podido aclarar todas mis dudas acerca de todo lo anteriormente expuesto y he entendido totalmente este DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO reafirmandome en todas y cada uno de sus puntos y con la firma del documento EN TODAS LAS PÁGINAS Y ratifico y consiento que el tratamiento se realice.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Fdo: Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: Representante legal