

FORMULARIO WEB EJERCICIO DERECHOS

Información del solicitante:

Nombre y apellidos	
DNI	
Domicilio a efecto de notificaciones	
Teléfono/ correo electrónico de contacto	

Información representante:

Nombre y apellidos	
DNI	
Condición (representante legal/ voluntario, familiar, etcétera)	

Documentación acreditativa

DNI/ NIE/ Pasaporte o documento legalmente equivalente acreditativo de la identidad del interesado/ titular de los datos/ paciente	DNI/ NIE/ Pasaporte o documento legalmente equivalente acreditativo de la identidad del solicitante (<i>no interesado/ no titular/ no paciente</i>)
Resolución administrativa	Resolución judicial
Testamento vital	Poder notarial de representación
Documento privado con firma autenticada	Certificado registral
Libro de familia	Pactos de convivencia
Otros (<i>especificar</i>):	

Contenido solicitud:

Indique el derecho que desea ejercitar:

En relación a mis datos personales:

ACCESO: Conocer si el centro está realizando un tratamiento de mis datos personales y, en su caso, en qué términos y condiciones.
RECTIFICACIÓN: Rectificar o completar mis datos personales.
OPOSICIÓN: Oponerme al tratamiento de mis datos personales.
SUPRESIÓN: Solicitar la supresión de mis datos personales.
LIMITACIÓN: Obtener una limitación en el tratamiento de mis datos personales.
PORTABILIDAD: Transmitir mis datos personales en un formato estructurado, de uso común, de lectura mecánica e interoperable a otro Responsable de Tratamiento.
A NO SER OBJETO DE DECISIONES INDIVIDUALIZADAS: Garantizar que mis datos personales no sean tratados con el objeto de una decisión sin intervención humana, incluida la elaboración de perfiles, que produzca efectos jurídicos sobre mi persona o me afecte de forma significativamente similar.

En relación a mi historia clínica:

INFORMACIÓN ASISTENCIAL (<i>información disponible sobre el proceso asistencial al que hace frente el paciente y cuyo objetivo es colaborar en la toma de decisiones sobre dicho proceso, como, por ejemplo, el sometimiento a una prueba diagnóstica o el inicio de un nuevo tratamiento</i>).
ACCESO a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella.
ACCESO al informe de trazabilidad sobre los accesos a su HC y el motivo del acceso.
RECTIFICACIÓN
SUPRESIÓN

En caso de desconocer qué derecho quiere ejercitar, puede contactar con nosotros a través del siguiente correo electrónico protecciondedatos@policlinicasoviedo.es.

SOLICITA

<i>Concretar contenido de la solicitud</i>	
--	--

Que se atienda a mi solicitud de ejercicio de derecho en el plazo máximo de un mes, de conformidad con lo previsto en la normativa vigente, y que se me responda a través del canal indicado al inicio de la presente solicitud.

Que se tengan por presentados los siguientes documentos que fundamentan mi solicitud (en su caso):

--

Y todo ello de conformidad con lo previsto en el artículo 18 de 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, artículo 19 del Decreto 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica, artículos 12 y siguientes del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE y correspondientes de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales.

	En _____, a ____ de _____ de _____.
	FIRMA

Le recordamos que deberá remitir el formulario debidamente cumplimentado, acreditando la titularidad de los datos. Si actúa en representación de un tercero deberá acreditarse la identidad del representante y la representación del interesado.

Le informamos que los datos personales aportados a través del presente formulario serán empleados a la exclusiva finalidad de atender correctamente su solicitud de acceso a documentación clínica, con base de legitimación en el cumplimiento de la obligación legal que corresponden a este centro, de conformidad con el artículo 18 de 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, artículo 19 del Decreto 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica, artículos 12 y siguientes del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE y correspondientes de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales. Como consecuencia de la correcta atención de su solicitud y en atención a su consideración como prestador de servicio podrán acceder a sus datos de carácter personal nuestro servicio de asesoramiento legal. Los datos personales aportados a través de la solicitud, así como esta en sí misma y la documentación generada a partir de ella, serán conservados durante el plazo de 3 años a partir de que finalice la tramitación de su solicitud, procediéndose posteriormente a su destrucción empleando técnicas que impidan la recuperación de la información. Como titular de los datos podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación, dirigiéndose por escrito a nuestro domicilio social o a través del correo electrónico protecciondedatos@policlinicasoviedo.es, acreditando debidamente su titularidad. Asimismo, le informamos que tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.