

**Datos Paciente – Alta Historia Médica**

- \* Nombre : .....
- \* Apellidos: .....
- \* DNI: ..... \* Fecha Nacimiento: .....
- \*Domicilio: .....
- \*Población: .....
- Provincia: ..... \* C.Postal: .....
- Estado Civil:..... Hijos ( SI / NO) Indicar núm.:.....
- Profesión: .....
- Estudios:.....
- \*Teléfono Fijo: ..... \*Teléfono Móvil: .....
- \*E-mail:.....
- **¿Cómo nos ha conocido?** .....
- ¿Desea factura electrónica? SI / NO
- \*¿Tiene Seguro Médico Privado? SI / NO *(Marcar lo que corresponda)*
  - \*Nombre Aseguradora: .....
  - \*¿Póliza de Reembolso? SI / NO *(Marcar lo que corresponda)*

*(Los seguros de reembolso son una modalidad dentro de las pólizas médicas que permiten a sus usuarios acceder a los médicos y centros de salud privados que desean pagando la totalidad de la visita pero recuperando posteriormente parte de la factura.)*

Los apartados indicados con un asterisco (\*) son obligatorios

## CLÁUSULA INFORMATIVA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Sus datos personales serán incorporados a un fichero de Clínica de Medicina Integrativa, S.L.U. (en adelante, CMI), con domicilio social en la C/ Corazón de María 80-82, Local B – 28002 de Madrid, con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y remitirle información sobre los servicios prestados. En el caso de que su asistencia así lo requiriese, sus datos podrán ser cedidos a determinados proveedores, laboratorios o centros de diagnóstico, u otros profesionales o clínicas sanitarias, así como a entidades aseguradoras que deban validar los pagos efectuados. Asimismo, sus datos serán comunicados a las autoridades competentes en caso de que alguna normativa legal así lo exija. La base jurídica que legitima este tratamiento es la necesidad de prestarle la asistencia sanitaria, y con esta finalidad, sus datos serán conservados durante un plazo mínimo de 5 años desde la fecha del alta de cada proceso asistencial conforme a lo establecido en la normativa sanitaria.

Asimismo, si usted nos facilita los datos personales que no se encuentran indicados con un asterisco (\*) trataremos sus datos con la finalidad de realizar estudios estadísticos internos. La base jurídica que legitima el tratamiento es su consentimiento manifestado en el momento en que rellena aquellos datos.

En caso de que el paciente sea menor de 14 años de edad, deberá firmar el presente documento el padre, madre o tutor legal del menor. En tal caso, el firmante garantiza disponer de capacidad legal suficiente para firmar el presente documento, y exime a CMI de cualquier responsabilidad derivada de una falta de dicha capacidad.

Asimismo, salvo que **SE OPONGA A ELLO MARCANDO LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES**, sus datos de contacto serán tratados para las siguientes finalidades basadas en el interés legítimo de CMI, y durante un plazo indefinido, hasta que ejerza su derecho de oposición o de supresión:

- No deseo que me recuerden las citas o revisiones médicas.
- No deseo recibir información comercial sobre promociones, productos y servicios del sector de la salud y otros sectores afines por cualquier medio de contacto facilitado.

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad a través de correo postal a la dirección indicada, aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente. En caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos [www.aepd.es](http://www.aepd.es) o ante el Delegado de Protección de Datos de CMI [dpd@medicinaintegrativa.com](mailto:dpd@medicinaintegrativa.com)

En Madrid a

FDO: