

PROTECCIÓN DE DATOS PACIENTE

En aras a dar cumplimiento al 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 siguiendo las Recomendaciones e Instrucciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.), **SE INFORMA:**

- Los datos de carácter personal solicitados y facilitados por usted, son incorporados a un fichero de titularidad privada cuyo responsable y único destinatario es **DR. PABLO ALVAREZ-BUYLLA ALVAREZ**
 - Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios sanitarios solicitados, pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos. En caso de ser el paciente menor de edad, deberá firmar el contrato su representante legal (padre, madre o, en su caso, tutor).
 - Todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad como profesionales de la sanidad, con las medidas de seguridad establecidas legalmente, y bajo ningún concepto son cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento paciente, tutor o representante legal, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio.
 - Una vez finalizada la relación entre la empresa y el paciente los datos serán archivados y conservados, durante un periodo tiempo mínimo de 5 años desde la última visita, tras lo cual seguirá archivado o en su defecto serán devueltos íntegramente al paciente o autorizado legal.
 - Los datos que facilito serán incluidos en el Tratamiento denominado Pacientes de **DR. PABLO ALVAREZ-BUYLLA ALVAREZ**
 - . con la finalidad de gestión del tratamiento médico, emisión de facturas, contacto..., todas las gestiones relacionadas con los pacientes y manifiesto mi consentimiento. También se me ha informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, indicándolo por escrito a **DR. PABLO ALVAREZ-BUYLLA ALVAREZ**
- C/ Manuel Allende 24, 48010 BILBAO.**
- Los datos personales sean cedidos por **DR. PABLO ALVAREZ-BUYLLA ALVAREZ**
 - . a las entidades que prestan servicios a la misma.
 - En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos y garantía de los Derechos Digitales, todos los trabajadores del **DR. PABLO ALVAREZ-BUYLLA ALVAREZ** guardan un estricto deber de secreto respecto a la información generada durante su atención.
 - En el caso de que su tratamiento necesite financiación, usted autoriza a **DR. PABLO ALVAREZ-BUYLLA ALVAREZ** a que pueda ceder sus datos a las diferentes entidades financieras con los que **DR. PABLO ALVAREZ-BUYLLA ALVAREZ** trabaja para poder elaborar un plan de financiación de su tratamiento quirúrgico o médico estético.

Y para que conste, firmo el presente documento en _____,

a día ____ de _____ de 202_.

Firmado:

NOMBRE
DNI /NIE
(Progenitor, en caso de menores de edad)

CONSENTIMIENTO INFORMADO DR. ÁLVAREZ-BUYLLA



DECLARA

PROCEDIMIENTOS POR TELEMEDICINA (VIDEOCONFERENCIA) Certifico que he sido informado ampliamente y estoy bien enterado a satisfacción de que el Dr. Pablo Álvarez-Buylla con número de colegiado 483311479 ha solicitado asistencia de diagnóstico médico mediante un enlace de videoconferencia interactiva a distancia para el procedimiento de teleconsulta por videoconferencia al que será sometido con previo envío de fotografías de la zona corporal a diagnosticar por correo electrónico a contacto@dralvarezbuylla.com . Entiendo que el Dr. Pablo Álvarez-Buylla ejecutará el procedimiento de la manera habitual y que el doctor observará, participará y emitirá comentarios o sugerencias a distancia. Estos serán transmitidos por medios electrónicos y pasarán a formar parte de mi expediente clínico. Me queda claro que puede ser necesario que, con fines de apoyo profesional y/o para ayudar con la transmisión, haya personal adicional presente en ambos extremos del enlace de video. Asimismo, entiendo que pueden estar presentes médicos u otros profesionales en entrenamiento que trabajen en o sean aprobados por el Dr. Pablo Álvarez-Buylla. Autorizo al doctor para que comunique a los médicos, profesionales en entrenamiento y personal de apoyo participantes en la teleconsulta por videoconferencia cualquier información sobre mi salud en formatos de texto, audio, video y/o imágenes, incluyendo antecedentes, síntomas y signos actuales, así como datos de laboratorio e imágenes, que crea necesarios para permitirles que le asistan en este procedimiento. Además, autorizo a los médicos y demás profesionales de la salud que participen como consultantes en el teleconsulta por videoconferencia para que tengan acceso a mi expediente o historia clínica si fuera necesario para ayudarles a proporcionar servicios de asistencia al doctor en esta consulta mediante enlace de video. Se me ha informado que el doctor y otros participantes en la teleconsulta por videoconferencia respetarán mi privacidad y confidencialidad de la misma manera como ocurre en cualquier interacción, entrevista o consulta en persona o telefónica entre un paciente y un proveedor de servicios de salud. Siempre que dicha privacidad y confidencialidad se respeten, autorizo que la información clínica y otra relacionada con esta teleconsulta por videoconferencia se utilicen para el diagnóstico médico de mi consulta.

Y para que conste, firmo el presente documento en _____,

a día ____ de _____ de 202_.

Firmado:

NOMBRE

DNI /NIE

(Progenitor, en caso de menores de edad)