



G CONSELLERIA
O SERVEIS SOCIALS
I I COOPERACIÓ
B DIRECCIÓ GENERAL
/ DEPENDÈNCIA

CONSENTIMENT INFORMAT PER AL TRACTAMENT I LA INCORPORACIÓ DE LES DADES DE CARÀCTER PERSONAL QUE FIGUREN EN ELS FITXERS "HISTÒRIA CLÍNICA" I "HISTÒRIA DE SALUT" QUE ESTAN SOTA TITULARITAT DEL SERVEI DE SALUT.

De conformitat amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, el Servei de Salut de les Illes Balears us informa que les vostres dades personals (o les de la persona a qui representau) s'incorporaran i es tractaran als fitxers "Història Clínica" —creat mitjançant l'Ordre del Conseller de Salut i Consum de 4 de març de 2009 (BOIB núm. 43/2009)— i "Història de Salut" —creat mitjançant l'Ordre de la consellera de Salut, Família i Benestar Social de 18 de juliol de 2011 (BOIB núm. 121/2011)—, ambdós inscrits en el Registre General de Protecció de Dades, amb la finalitat de mantenir un repositori central amb l'historial clínic dels pacients i la informació obtinguda en tots els seus processos assistencials.

Signant aquest document, donau consentiment exprés i informat per tractar i integrar les vostres dades personals que figuren en els fitxers "Història Clínica" i "Història de Salut" que estan sota la titularitat del Servei de Salut. En qualsevol cas, teniu els drets de no donar consentiment i de revocar-lo en qualsevol moment.

El responsable dels fitxers que contenen les vostres dades és el Servei de Salut de les Illes Balears. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades davant la Secretaria General del Servei de Salut de les Illes Balears, ubicada al carrer de la Reina Esclaramunda, 9 de Palma.

Dades del/de la pacient

Nom i llinatges:

Núm. del document d'identitat:Data de naixement:

[rúbrica]

Dades de la persona representant

Nom i llinatges:

Núm. del document d'identitat:

Documentació que heu d'aportar:

Document que acredita la representació

Còpia del document d'identitat

[rúbrica]

_____, d _____ de _____