



MEDITRAUMA
CENTRE MÈDIC

DATA: / /2022

HORA LLEGADA

HORA CITA

REVISIONS MÈDIQUES ESPORTIVES TEMPORADA

ALTA FEDERACIÓ:

CLUB:

ESPORT:

INFORME EDITAT:

NOM:

COGNOMS:

DNI:

TELÈFON(OBLIGATORI):

País naixement(OBLIGATORI):

Nacionalitat(OBLIGATORI):

Data naixement:

e-mail (OBLIGATORI):

Domicili:

Població:

CP:

ANTECEDENTS:

Malalties: -

Intervencions quirúrgiques: -

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL

Nom i Cognoms

DNI:

En cas que el pacient fos menor de 14 anys

En/Na

(del qual acompanya còpia), qui actua com a pare, mare o tutor, presta el seu consentiment per al tractament de les seves dades.

En emplenar el present formulari, vostè presta el seu consentiment exprés per al tractament de les dades personals facilitades en els següents termes:

Responsable. Us informem que el responsable del tractament és MEDITRAUMA, SL.

Dades de contacte del delegat de protecció de dades: AVINGUDA RABASSAIRES, 28 1a, 08100 MOLLET DEL VALLES
admin@bdpcompliance.com

Finalitats. La finalitat del tractament de les vostres dades personals és la prestació dels serveis professionals que ens ha sol·licitat. Igualment, us enviarem recordatoris de cites i informació sobre les nostres novetats, promocions i serveis per mitjans electrònics/whatsapp, podent oposar-se a aquests enviaments en qualsevol moment.

No consenteixo l'enviament de comunicacions comercials de productes i promocions de MEDITRAUMA, S.L.

Legitimació. La base legal és la relació contractual de prestació de serveis d'assistència o tractament de tipus sanitari, reforçat amb el seu consentiment.

Conservació de les dades. Les dades de la documentació clínica es conservaran d'acord amb els terminis establerts en les respectives legislacions autonòmiques, o si no n'hi ha d'acord amb la Llei 41/2002 d'autonomia del pacient. El Responsable certifica que ha implementat les mesures de seguretat, tècniques i organitzatives necessàries per garantir la seguretat i integritat de les dades de caràcter personal.

Destinatari. Les vostres dades poden ser comunicades a professionals o entitats mèdiques que puguin tenir incidència i siguin d'interès per a la diagnosi o el tractament, laboratoris que hagin d'intervenir en el procés, així com a la seva companyia asseguradora per tal que aquesta gestioni la cobertura de la pòlissa. Aquestes comunicacions són necessàries per prestar el servei mèdic sol·licitat.

Drets. En qualsevol moment, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació, oposició, i portabilitat mitjançant escrit, acompanyat de còpia de document oficial que us identifiqui, dirigit a MEDITRAUMA, SL C/ MIGUEL BIADA, 119 - 08302 MATARÓ (Barcelona) . E-mail: medisalut@meditrauma.com. En cas de disconformitat amb el tractament, també teniu dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (aepd.es).

A MATARÓ, a _____ de _____ de 20__ Signat:

OBSERVACIONS (COMPLETAR PER EL PERSONAL MÈDIC)

PES

ECG

TALLA

ESPIROMETRIA

TA

EXPLORACIO

PODOSCOPIA

APTE: SI O NO PENDENT DE: