



INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS A PACIENTES

D. ROSA ANA RABADÁN JIMÉNEZ, como Responsable de Seguridad de ROSANA RABADÁN - DIETISTA, con domicilio en C/ CIUDAD DE IBIZA 4 P2, 2ºD; ÁVILA, ÁVILA y datos de contacto

Teléfono: 647531134

Email: rosaanarj@gmail.com

Le comunica, por el presente, que de conformidad con lo establecido en el Reglamento Europeo General de Protección de Datos de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica de Protección de Datos, sus datos personales serán incorporados a un sistema de tratamiento de datos Automatizado, cuya finalidad es:

- **Consentimiento para gestión de clientes, contable, fiscal y administrativa.**
- **Consentimiento para la creación del historial médico**
- **Consentimiento para transmitirle información de nuestros productos y servicios vía electrónica, telefónica, Whatsapp y postal.**

En base a la relación contractual que dispone Vd. O su organización con ROSANA RABADÁN - DIETISTA y con la finalidad de poder prestar los servicios contratados.

A este respecto, le comunicamos que ROSANA RABADÁN - DIETISTA realizará las cesiones necesarias para la prestación de los servicios solicitados y/o cumplimiento de las obligaciones que se puedan derivar de los mismos. Mediante la firma del presente documento, Vd. Declara ser responsable de la información personal suministrada, bien en su propio nombre y representación o bien como representante legal del titular de los datos.

Mediante la firma del presente documento, que Usted informado de sus derechos acceder a sus datos, rectificarlos, suprimirlos, limitar u oponerse a su tratamiento, a su portabilidad, a retirar su consentimiento y a presentar reclamaciones ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos); para ello no tendrá más que solicitarlo mediante cualquiera de los datos de contacto arriba indicados (teléfono, email o escrito). Si lo desea, puede solicitar una copia completa de nuestra Política de Privacidad y Protección de Datos por email o directamente en nuestras oficinas.

Sus datos personales serán conservados en tanto se mantenga la relación que originó su tratamiento. Una vez la misma finalice y siempre que no exista una legislación que impida su eliminación (por ejemplo, normativa fiscal), sus datos serán eliminados como máximo a los 12 meses de la finalización de la relación jurídica que motiva el presente consentimiento.

Conforme a la realización del seguimiento del tratamiento nutricional y asistencial vía online:

- Acepto que queda terminantemente prohibida la grabación y/o difusión de la consulta.
- Me comprometo a no grabar y/o distribuir ninguna imagen ni audio generado durante la sesión, así como tampoco difundir el material proporcionado para este fin asistencial, quedando de esta manera, protegidas las identidades e imagen de las personas que en ellas intervengan.
- Acepto que el dietista (Rosa Ana Rabadán Jiménez) no se responsabiliza del funcionamiento de la conexión de internet en el momento de la consulta, ni por tanto de la calidad de video o audio durante la misma.





- Me comprometo a asistir puntualmente a la sesión, así como notificar al centro o al profesional sanitario que me asista, la anulación o modificación de la cita con 24 horas de antelación.

Cancelaciones:

- Antes de las 24h previas a la cita: se devolverá el importe de la consulta o se reasignará otra cita en el próximo horario disponible.
- Cambios justificados en las 24h previas a la cita: se reasignará otra cita en el próximo horario disponible o se realizará la sesión vía email si no es posible encontrar un horario conveniente para ambos.
- Anulaciones no justificadas, con menos de 24h de antelación o cambios a semanas siguientes: no se devolverá el importe y se da la visita por realizada. Es importante entender que el tiempo de consulta lo reservamos ambos para trabajar en tus objetivos. Los cambios y cancelaciones constantes nos perjudican a ambos, al éxito de tu tratamiento y a otros pacientes que podrían haber aprovechado ese hueco y aún tienen que esperar para una cita.
- Te enviaremos un recordatorio unos días antes de tu cita: así podrás informarnos lo antes posible de problemas con el horario pactado para buscar una alternativa.

Mediante la firma del presente documento, usted declara expresamente que conoce, entiende, acepta y autoriza todas las cláusulas de nuestra política de privacidad para la recogida y el tratamiento de sus datos personales.

AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS DE SALUD PARA LAS FINALIDADES INDICADAS

NO DESEO RECIBIR INFORMACIONES COMERCIALES

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Apellidos

Nombre

DNI

Firma:

