

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE DATOS PERSONALES Y CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN

Por favor, lea atentamente la cláusula informativa al pie de este documento, y rellene los campos correspondientes de cada apartado. **Todos los datos personales solicitados son necesarios.**

Nombre y apellidos: _____
DNI/Equivalente: _____
En su caso, representante de: _____
con DNI/Equivalente: _____
Fecha de firma: __ / __ / _____ Firma: _____
Facultativo responsable ⁽¹⁾ (cuando el firmante sea paciente): _____

El firmante del presente documento autoriza expresamente el tratamiento y la incorporación de sus datos personales y/o, en su caso, la de los datos de su representado, a ficheros responsabilidad de:

Razón Social	Domicilio
IDCQ Hospitales y Sanidad S.L.U.	C/ Fernández de la Hoz, 24, 28010 Madrid

En todo caso, su autorización tendrá carácter revocable, y podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por correo ordinario dirigido a las razones sociales y domicilios indicados, aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, e identificándose como firmante de esta autorización.

Los datos personales que resulten pertinentes, así como su imagen y/o, en su caso, la de su representado, podrán ser publicados y divulgados a través de soportes destinados a la comunicación, distribución, difusión y promoción de la imagen de Quirónsalud, sus actividades, servicios, y publicidad institucional, incluyendo, entre otras, y a título de ejemplo, publicaciones en medios de comunicación, carteles, folletos, películas, memorias, revistas, elementos de páginas web de Quirónsalud, y plataformas en redes sociales en las que participa Quirónsalud como por ejemplo su canal en Youtube, o su página en Facebook.

En caso de ser paciente del hospital, además de lo anterior, si marca esta casilla, autoriza que a través del médico responsable, se dé información a los medios de comunicación sobre su estado de salud y/o, en su caso, de la de su representado. Así como autoriza a las empresas indicadas y al médico ⁽¹⁾ para que usen los datos personales que como paciente o, en su caso, los de su representado, obren en la historia clínica, para su análisis y difusión con fines científicos, de investigación y/o docentes.

En caso de ser médico o personal sanitario o colaborador del hospital, además de lo anterior, si marca esta casilla, sus datos personales, curriculares y profesionales podrán ser: publicados en el cuadro médico del hospital en cualquiera de sus formatos; comunicados a pacientes para gestionar los servicios sanitarios y de administración del hospital, así como a entidades públicas o privadas (mutuas, aseguradoras, etc.) para que éstas los incluyan en sus cuadros o guías médicas o para que sus datos profesionales aparezcan publicados en páginas Web especializadas, o en redes profesionales del sector de la sanidad.

Su autorización tiene carácter gratuito y no tiene limitaciones temporales ni geográficas, hasta que revoque su consentimiento o se oponga a alguno de los usos indicados.