

ANEXO I

Registro de Cesión de datos de salud del servicio “*Tu farmacéutica responde*”

Fecha:

Nombre y Apellidos:

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

CLAUSULA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES

YOLANDA TELLAECHÉ BACIGALUPE con NIF: **24400919N**, y Nº de colegiada: **8.701**, según lo preceptuado en el Reglamento (EU) 679/2016 de Protección de Datos, la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos y el Reglamento 1720/2007, le informa que:

1. Los datos personales que le solicito se recaban para realizar una atención farmacéutica personalizada, para responder a su solicitud de información, prevención, consejos y recomendaciones sobre su medicación, hábitos de vida....
2. Los datos solo podrán cederse a él o los Médico/s que Usted decida y en el formato que elija, papel o correo electrónico. Me comprometo a no ceder sus datos a ninguna otra empresa, entidad o persona física o jurídica, a menos que dicha cesión se realice por imperativo legal.
3. Sus datos serán conservados durante el tiempo en el que se lleve a cabo la atención farmacéutica solicitada, y por 5 años con posterioridad a su última petición de consejo y/o información..., con el fin de llevar una atención farmacéutica acorde a las necesidades que me plantee.
4. Si el paciente fuera menor de 13 años, esta colaboración farmacéutica no podrá realizarse, por necesitar la colaboración de un tutor del mismo.
5. Si desea ejercer su derecho de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación, portabilidad o revocación del consentimiento otorgado, puede solicitarme lo vía email por escrito. Tenemos a su disposición modelos para el ejercicio de derechos, consúltenos si desea más información.
6. Pongo en su conocimiento que los datos de salud que manejemos, se van a realizar por correo electrónico y mientras este servicio este en pruebas y no tengan la cobertura de una plataforma de protección específica existe un riesgo que el paciente asume y reconoce como legal e insalvable en la firma de este consentimiento, por ser este servicio una colaboración completamente gratuita.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales y de salud para los fines indicados, y he sido informado oportunamente sobre mis derechos,

Firma del Paciente