



LASERVISION
CLINICA OFTALMOLÓGICA

José Ortega y Gasset, 56 Dupdo.
28006 MADRID
Tel: 91 444 82 30 - 601 444 030

www.laservision.es
clinica@laservision.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

En todos los historiales médicos se recogen los datos de salud del paciente. Pensamos que si se realiza de manera verbal puede omitirse alguna información importante, por ello, creemos que si se hace de manera escrita será más fiable y preciso.

Por ello, le pedimos que lea y conteste a las preguntas que siguen con el fin exclusivo de ser incluidas en su historial médico de nuestra clínica y así evitar al máximo cualquier olvido o confusión.

POR FAVOR, RELLENE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO EN LETRAS MAYÚSCULAS

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

NIF:

NACIONALIDAD: ☐ Española

Otra:

DOMICILIO:

CÓDIGO POSTAL:

LOCALIDAD, PROVINCIA:

TELÉFONO FIJO DE CONTACTO:

TELÉFONO MÓVIL DE CONTACTO:

EMAIL EN LETRA MAYÚSCULA:

COMPañÍA MÉDICA:

CÓMO NOS HA CONOCIDO:

ANTECEDENTES GENERALES PERSONALES

1. ¿Tiene usted alergia a algún medicamento, colirio o compuesto?

SI	NO

En caso afirmativo, indíquelo:

2. ¿Está tomando alguna medicación o compuesto?

SI	NO

En caso afirmativo, indíquelo:

3. Si es usted mujer, ¿está embarazada?

SI	NO

4. ¿Tiene o ha tenido usted alguna de las siguientes enfermedades?
(Marque una X en la respuesta correcta)

- Diabetes
- Hipertensión
- Enfermedades cardíacas
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades circulatorias
- V.I.H y/o S.I.D.A
- Hepatitis

SI	NO

Cuál:

Cuál:

Cuál:

Qué tipo:

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

- Alguna otra enfermedad no recogida en la lista:

ANTECEDENTES OFTALMOLÓGICOS PERSONALES

1. Por favor, indique **si usted** ha tenido o tiene alguna enfermedad o cirugía ocular, y cualquier antecedente oftalmológico:

2. Por favor, indique **si en su familia** han tenido o tienen alguna enfermedad o cirugía ocular, y cualquier antecedente oftalmológico:

3. Indique su medicación oftalmológica actual:

4. ¿A qué edad comenzó a utilizar gafas? años

5. ¿A qué edad comenzó a utilizar lentillas? años

6. Tipo de lentillas ☐ Blandas ☐ Tóricas ☐ Semirrígidas ☐ Duras

7. Tiempo sin lentillas

8. Tolerancia a las lentillas ☐ Bien ☐ Mal ☐ Regular

Información básica sobre Protección de Datos: Conforme a la vigente normativa en protección de datos, le informamos que los datos personales que nos facilite, serán tratados bajo la responsabilidad de LASERVISIÓN CLÍNICA OFTALMOLÓGICA, S.L, cuya finalidad de tratamiento será el tratamiento de los datos y antecedentes personales. La base jurídica del tratamiento está basada en el consentimiento del interesado. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal.

Vd. autoriza a LASERVISIÓN CLÍNICA OFTALMOLÓGICA, S.L. para que sus datos de carácter clínico asistencial vayan junto con sus datos de identificación personal cuando el acceso a la historia clínica sea con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia.. En el caso de que los servicios médicos recibidos deban ser abonados por una mutua o aseguradora médica, sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. En el caso de que cesasen los servicios que presta LASERVISIÓN CLÍNICA OFTALMOLÓGICA, S.L., autoriza a que sus datos y/o historial clínico puedan ser cedidos a otro profesional y/o clínica.

Le informamos que los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de tratamiento, u oposición al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos podrán ser ejercitados ante LASERVISION CLINICA OFTALMOLOGICA, S.L., con dirección postal CALLE JOSE ORTEGA Y GASSET, 56 DUPDO. - C.P. 28006 (MADRID), o enviando un mensaje al correo electrónico a administracion@laservision.es, según establece la normativa vigente. Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestro sitio web <http://www.laservision.es>.

Firma: D.N.I.: Fecha:.....

En caso de incapacidad del paciente firme un familiar o acompañante.

Nombre, DNI y firma del representante legal (indique parentesco).....