



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).....

Cláusula para recabar datos de interesados con consentimiento

Nombre y apellidos : NIF:

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, de forma precisa e inequívoca y **consiente expresamente y por escrito** como Paciente (o su representante legal debidamente autorizado), que los datos de carácter personal que nos proporcione, incluida su imagen (fotografía), serán tratados por el Responsable (LASERVISION CLINICA OFTALMOLOGICA, S.L.) autorizándonos al tratamiento de sus datos para su uso en relación con la prestación sanitaria solicitada, siempre dentro del ámbito de la normativa de protección de datos, emitir justificante de asistencia sanitaria solicitado por el acompañante, así como para enviarle comunicaciones comerciales relacionadas con nuestros servicios. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga su relación como paciente, o durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal y los trataremos en base a su consentimiento y/o relación contractual.

Le informamos de la posibilidad de ejercer los siguientes derechos sobre sus datos personales: derecho de acceso, rectificación, supresión u olvido, limitación, oposición, portabilidad y a retirar el consentimiento prestado. Para ello podrá enviar un email a: administración@laservision.es o dirigir un escrito a LASERVISION CLINICA OFTALMOLOGICA, S.L. - CALLE JOSE ORTEGA Y GASSET, 56 DUPDO. - C.P. 28006 (MADRID). Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

CONSENTIMIENTO

La finalidad y uso previsto tanto de los datos en sí mismos como de su tratamiento, es prestarle la prestación sanitaria solicitada. A continuación, podrá aceptar las finalidades que crea convenientes marcando su casilla correspondiente, tenga en cuenta que algunas finalidades pueden ser necesarias para poderle prestar el servicio, en el caso de **NO** marcar dichas casillas, no se podrá prestar la prestación solicitada:

☐ **Prestación sanitaria solicitada** (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

☐ **Envío de comunicaciones a través de cualquier medio ya sea electrónico (teléfono, WhatsApp, correo electrónico, SMS, MMS, etc.) o no electrónico (correo ordinario, etc.), sin que sirvan los medios enumerados como una lista cerrada, siempre que tenga por finalidad el mantenimiento de la relación existente entre Usted y LA EMPRESA, así como el desempeño de las tareas de información y otras actividades propias de los servicios que presta, como recordarle las citas de consultas** (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla)

☐ **Envío de ofertas de servicios y comunicaciones comerciales, así como cualquier tipo de felicitación (cumpleaños, navideña...)** a través de cualquier medio ya sea electrónico (teléfono, WhatsApp, correo electrónico, SMS, MMS, etc.) o no electrónico (correo ordinario, etc.), sin que sirvan los medios enumerados como una lista cerrada, (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque esta casilla).

Nombre y apellidos del interesado / padre o madre / tutor legal:

Fdo.-

Fecha:

Datos identificativos del responsable:

LASERVISION CLINICA OFTALMOLOGICA, S.L., B81856882, CALLE JOSE ORTEGA Y GASSET, 56 DUPDO. - C.P. 28006 (MADRID)

Información Básica	Información Adicional
LASERVISION CLINICA OFTALMOLOGICA, S.L.	LASERVISION CLINICA OFTALMOLOGICA, S.L. CIF: B- 81856882 DIRECCIÓN: CALLE JOSE ORTEGA Y GASSET, 56 DUPDO. - C.P. 28006 (MADRID) EMAIL: administración@laservision.es SITIO WEB: http://www.laservision.es Contacto D.P.O.: info@movalen.com
Gestión sanitaria, contable y administrativa Prospección comercial	La finalidad principal del tratamiento es la gestión sanitaria, administrativa, fiscal y contable. Atender las consultas de los Usuarios que se pongan en contacto con nosotros. La gestión comercial y publicitaria contará siempre con el consentimiento del interesado.
Base jurídica del tratamiento Consentimiento	La base jurídica para el tratamiento de los datos es el consentimiento del interesado. Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión, y en cualquier caso en cumplimiento de plazos legales de prescripción que le resulten de aplicación. El no facilitar los datos personales solicitados o el no aceptar la presente política de protección de datos supone la imposibilidad de llevar a cabo la prestación de servicios solicitada por parte del INTERESADO.
No se han previsto cesiones de datos, ni transferencias internacionales de datos	No se han previsto cesiones de datos. En caso de producirse tendrán por finalidad el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado. Los datos podrán ser cedidos a proveedores con acceso a datos, con quienes se formalizan las obligaciones y responsabilidades que asumen en el tratamiento de los datos, en calidad de Encargados de Tratamiento. En el caso de que los servicios 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. De igual forma, comunicará a las entidades financieras correspondientes (Santander) los datos exclusivamente necesarios para llevar a cabo la financiación de los servicios contratados por el cliente, garantizando que ambas están legitimadas para dicha comunicación. Dichas entidades utilizarán los datos facilitados para evaluar su capacidad crediticia a los efectos de estudiar aprobación o denegación de su solicitud.
Ejercicio de derechos	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 por cualquier medio sujeto en derecho, acompañando de copia de documento oficial que le identifique dirigiéndose a: 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 administración@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. El titular tiene también derecho a retirar el consentimiento prestado para el tratamiento de los datos y a presentar reclamación ante la autoridad de control en caso de afectación de sus derechos.
Terceros legitimados para la cesión de los mismos	Los datos personales proceden de terceros legitimados para la cesión de los mismos (padre o madre/tutor o representante legal).



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 Consejo Médico Oftalmológico Teleasistido

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Este Documento cumple con los requisitos relativos al Código de Deontología Médica vigente, así como el de la edición provisional del nuevo CDM del 2018, el Código de Ética de la Sociedad Española de Oftalmología, así como en lo relativo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

¿Qué es el Consejo Médico Teleasistido?: Comunicación entre un médico y un paciente por medio de una llamada telefónica, videoconferencia o sistemas de mensajería, a fin de proporcionar atención médica **no presencial**. Por sus características particulares no puede sustituir a una consulta médica presencial.

Peculiaridades específicas del Consejo Oftalmológico Teleasistido: El médico oftalmólogo no podrá disponer de las imágenes del segmento anterior y fondo de ojo ni podrá tomar la presión intraocular. Las únicas imágenes que podrá analizar en esta situación son aquellas obtenidas a partir de fotografías del ojo que el paciente pueda remitirle de sí mismo. Dichas imágenes pueden estar sujetas a importantes limitaciones de identidad, temporalidad y calidad técnica. Todas estas circunstancias limitarán la eficacia diagnóstica y consecutivamente la oportunidad de un tratamiento y pronóstico acertados, de forma que puedan provocar errores involuntarios.

Consentimiento (autorización del paciente o responsable legal para efectuar el Consejo Médico Teleasistido):

D./D^a....., con DNI.....,
pongo de manifiesto lo siguiente:

Que he recibido este documento de consentimiento informado por escrito tras mi solicitud de consulta telemática con tiempo suficiente, he comprendido perfectamente todo lo anterior y habiendo sido aclaradas de forma satisfactoria todas mis dudas, mi firma al pie de este documento certifica que **doyo voluntariamente mi consentimiento** para que se me proporcione el Consejo Oftalmológico Tele-asistido por el:

Dr./Dra.; n° de colegiado

Que **explicaré con la máxima claridad y precisión** los síntomas y molestias que presento sin ocultar detalle alguno, por insignificante que pueda parecerme.

Que cumpliré con la recomendación de **acudir a la consulta presencial** cuando mis necesidades de salud lo requieran y el médico así lo disponga y me lo indique.

Me han explicado y he entendido que durante la consulta telemática no es posible realizar ninguna exploración oftalmológica, y que el especialista solo se puede guiar por mis declaraciones y/o las imágenes que yo le remita, para intentar alcanzar un diagnóstico de presunción y no forzosamente de certeza, por lo que el margen de error diagnóstico del oftalmólogo es mucho mayor. **Soy plenamente consciente de ello y lo acepto con todas sus consecuencias.**

Aunque se tomarán las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad, secreto y privacidad, comprendo y reconozco que no es posible garantizar la absoluta **seguridad en la comunicación y transferencia de datos electrónicos** para preservar dichos fines.

SI ☐ / **NO** ☐ autorizo al equipo médico para obtener fotografías, vídeos o registros gráficos de datos o audio con fines científicos o docentes, preservando siempre mi identidad.

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)