

ANEXO N° 05: Formato de Consentimiento del Tratamiento de Datos Personales

Completar en LETRAS MAYÚSCULAS Y LEGIBLES.
Yo, (DATOS DEL PACIENTE)

Nombres y Apellidos:			
Con DNI o Carné de Extranjería:		Edad:	Fecha:
N° de Historia Clínica:			

De ser el caso,

Nombres y Apellidos del Apoderado o Representante Legal:	
Con DNI o Carné de Extranjería:	

Autorizo de manera libre, previa, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, que mis datos personales incluyendo los relacionados a la salud y los datos sensibles (registro de la atención e información complementaria) que se encuentren en la Historia Clínica de esta IPRESS, (NOMBRE DE LA IPRES.SCONSULTANTE)

_____ sean
accedidos por:

El profesional de la salud de quien recibo una atención de salud.
_____ N° Colegio Profesional

Por el (los) profesional(es) de la salud identificado(s) a continuación:
_____ N° Colegio Profesional
_____ N° Colegio Profesional


Los fines de uso de mis datos personales y sensibles son para las atenciones de las prestaciones de servicios de salud Teleorientación Telemonitoreo que me brinde la IPRESS _____ y para la realización de actos médicos y administrativos que sean necesarios para la continuidad de la atención del servicio de salud. El acceso a los datos personales y sensibles son los estrictamente pertinentes y necesarios para el cumplimiento de los fines expuestos.

La IPRESS podrá tratar y almacenar mis datos personales en el marco del cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley N° 26842, Ley General de la Salud y en las contempladas en otras normativas legales vigentes. Excepto las limitaciones de consentimiento que refiere la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

En caso de querer ejercer algún derecho de protección de datos personales (derecho de acceso, derecho de información, derecho de rectificación, derecho de cancelación y derecho de oposición), serán dirigidas a la Institución Prestadora de Servicio de Salud - IPRESS a la siguiente dirección:

IPRESS	Domicilio	Correo Electrónico

Opcionalmente, para solicitar la revocatoria de esta autorización se podrá hacer mediante el formato de "Revocatoria al Consentimiento del Tratamiento de Datos Personales".

<p>_____ Nombre y Firma del paciente o apoderado o Representante Legal N° de DNI o Carné de Extranjería:</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------



L. MA C.