



Consentimiento expreso para el tratamiento de datos de carácter personal

Paciente

Nombre: _____

Apellidos: _____

D.N.I.: _____

Teléfono: _____

Tutor (en caso de menor de edad)

Nombre: _____

Apellidos: _____

D.N.I.: _____

Teléfono: _____

En cumplimiento del **Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD)** y de la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD)**, se le facilita la siguiente información básica sobre el tratamiento de los datos personales que proporcione en cualquier momento.

El **Responsable del Tratamiento, Teresa Casas Flamil**, recaba y trata sus datos de carácter personal aplicando las medidas técnicas y organizativas que garantizan su confidencialidad.

Responsable del tratamiento

Responsable: Teresa Casas Flamil

Dirección: Calle Algeciras 33, 2-4, 14013

Teléfono: 645774312

Correo electrónico: hola@teresacasasflamil.es



Bases jurídicas del tratamiento

Las bases jurídicas del tratamiento de los datos serán:

- La relación contractual derivada de la prestación de servicios psicológicos.
- El cumplimiento de obligaciones legales.
- El interés legítimo del responsable.
- Cuando sea necesario, el consentimiento del interesado.

Finalidades del tratamiento

Los datos personales serán tratados con las siguientes finalidades:

- Prestar, gestionar y controlar la asistencia psicológica.
- Realización de sesiones terapéuticas.
- Elaboración y mantenimiento de la historia clínica.
- Elaboración de diagnósticos y seguimiento terapéutico.
- Gestión administrativa de los servicios prestados.
- Cumplimiento de obligaciones legales.

El responsable del tratamiento se compromete a tratar de forma confidencial los datos de carácter personal facilitados y a no ceder ni comunicar dicha información a terceros no legitimados.

Plazo de conservación de los datos

Los datos personales serán conservados durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que fueron recogidos y, como mínimo, durante **5 años**, conforme a la normativa general y sectorial aplicable a la conservación de historias clínicas.

Ejercicio de derechos

El interesado podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de:

- Acceso
- Rectificación



- Supresión
- Limitación del tratamiento
- Portabilidad
- Oposición

Estos derechos podrán ejercerse de forma gratuita:

- Presencialmente en el centro.
- Mediante correo postal dirigido a:
Calle Algeciras 33,2-4,14013
- Mediante correo electrónico a:
hola@teresacasasflamil.es

Asimismo, podrá presentar una reclamación ante la **Agencia Española de Protección de Datos**:

<https://www.aepd.es>

Consentimiento expreso

Sin perjuicio de lo anterior, se solicita su consentimiento expreso mediante la firma del presente documento para los tratamientos descritos a continuación (consentimiento que podrá ser retirado en cualquier momento).

Marque la casilla con la que esté conforme:

SÍ NO

Consiento expresamente que la responsable del tratamiento, con el fin de favorecer el bienestar del menor, pueda informar sobre su estado o solicitar información, cuando sea necesario, a los tutores, terapeutas u otros profesionales implicados en el caso.

SÍ NO

Consiento expresamente que la responsable del tratamiento pueda **grabar las sesiones terapéuticas**, exclusivamente con fines profesionales.

En _____, a _____ de _____ de 20

Firma del paciente / tutor: