



CONSENTIMIENTO INFORMADO

A los efectos de lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos de las personas físicas (RGPD), la nueva LOPD y las Recomendaciones e Instrucciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.) se le **INFORMA** que:

- Los datos personales solicitados – y facilitados por usted – serán incorporados y tratados en el fichero no automatizado (HISTORIA CLÍNICA), de titularidad privada, inscrito en la A.E.P.D. (Código 2170111489), y ubicado en la Carpeta informática “PACIENTES”.
- Dicho fichero HISTORIA CLÍNICA, incluye datos identificativos, académicos, profesionales, sociales y de salud; además de los Informes o pruebas de otros profesionales aportados por Ud. y de los obtenidos en el propio proceso de Evaluación/Rehabilitación Neuropsicológica.
- La finalidad de dicho fichero es realizar la exploración de su estado cognitivo, emocional, funcional y conductual para obtener los datos estrictamente necesarios que permitan una impresión neuropsicológica o diagnóstico y unas conclusiones orientativas que den respuesta a los servicios sanitarios solicitados; así como la gestión de citas, contactos o facturas. Por ello, todas las preguntas y pruebas realizadas están dirigidas exclusivamente a esta finalidad; pudiendo ser necesario recoger datos de contacto de terceros, tales como representantes legales, tutores, o personas a cargo designadas por los mismos.
- Este proceso de evaluación consiste en la aplicación de una serie de pruebas psicológicas adecuadas a su estado y características personales, junto a la observación de la conducta y forma de proceder y el análisis de otras pruebas o testimonios aportados por Ud. o, con su conocimiento, por terceros; y cuyos resultados se plasman en un Informe escrito acerca de su presente funcionamiento neuropsicológico y una orientación profesional.
- En el caso de continuar con un proceso de rehabilitación o estimulación cognitiva, se explicaran su objetivo, procedimiento, coste e implicaciones.
- El responsable y único destinatario del fichero es D. Manuel del Amo Camacho, con domicilio en C/ Víctor de la Serna, 28, 2º-C, 28016 Madrid; ante el cual Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación, oposición, limitación y portabilidad, dirigiendo un escrito al responsable, a la dirección mencionada o al correo electrónico amocama@cop.es, indicando su nombre, dirección y petición; y adjuntando fotocopia del DNI o documento que lo identifique.
- El fichero HISTORIA CLÍNICA cumple con las normas de seguridad establecidas por la LOPD en cuanto a custodia y seguridad, para mantener la confidencialidad de la información incluida, como profesionales de la sanidad; y bajo ningún concepto serán cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento suyo, o del tutor o representante legal, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio, autorizando para

ello a D. Manuel del Amo a efectuarla en su nombre y con su consentimiento.

- Los datos serán archivados y conservados, una vez finalizada la relación profesional entre ambas partes, durante un tiempo mínimo de 5 años desde la última visita, tras lo cual seguirán archivados, destruidos o, en su defecto, serán devueltos íntegramente al paciente o autorizado legal.

D./D^a _____

con DNI _____, **y con domicilio en** _____

DECLARO:

- Haber sido informado/a que mis datos personales serán debidamente tratados y custodiados y quedarán incorporados en el fichero HISTORIA CÍNICA de la consulta de Neuropsicología, con la finalidad de facilitar la prestación de los servicios de psicología, según lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos de las personas físicas, la nueva LOPD y las Recomendaciones emitidas por la A.E.P.D.
- Que he comprendido las explicaciones facilitadas acerca del proceso de evaluación y posible rehabilitación, los honorarios profesionales devengados por ello, y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto.
- Que el destinatario de la información es el neuropsicólogo de esta consulta y, ocasionalmente, el personal implicado en mi proceso asistencial.
- Asimismo, he sido informado/a que puedo ejercitar los derechos de acceso, rectificación y, en su caso, cancelación u oposición, limitación y portabilidad, ante el responsable de la consulta, D. Manuel del Amo.

Con la firma del presente escrito **CONSIENTO** de forma expresa que parte de mis datos, con exclusión de todos los que permitan mi identificación personal, puedan ser presentados en acciones formativas o publicaciones, con la única finalidad de fomentar el conocimiento científico entre profesionales y estudiantes. Los datos a comunicar serán los pertinentes, adecuados y no excesivos para la acción formativa o de divulgación científica, y son los siguientes: edad, sexo y nivel educativo, pruebas aplicadas y sus resultados, errores significativos cometidos y observaciones relevantes al caso.

AUTORIZO a:

con DNI:

a:

En _____, a _____ de _____ de 20.....

Firmado: