



## FORMULARI D'ALTA DE PACIENTS

### Dades sol·licitades

Dades personals: Nom i cognoms, edat, adreça, telèfons.

Dades Sanitàries recopilades: historial visual, historial ocular, resultats d'exàmens optomètrics, resultats d'exàmens de salut ocular, altres proves que aportin el pacient d'interès sanitari.

Nom i Cognoms: .....

Adreça .....

C.P. .... Població: .....

Tel: ..... DNI: .....

Data naixement: ..../..../..... Email: .....

D'acord amb el que estableix la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal, l'informem que les dades recollides en tota la relació que vostè tingui amb Centre Universitari de la Visió (òptica i optometria – Terrassa) seran incloses al fitxer "Visió" titularitat de la Universitat Politècnica de Catalunya, c. Jordi Girona nº 31, (08028) Barcelona amb la finalitat exclusiva de poder prestar els serveis professionals que ens ha sol·licitat.

Donat el caràcter docent i investigador d'aquest centre, les vostres dades clíniques podran ser utilitzades per dur a terme estudis clínics sobre salut visual. Aquestes dades s'inclouran als estudis de manera dissociada, a fi d'impedir la vostra identificació.

Tanmateix li indiquem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició adreçant-se per escrit al Centre Universitari de la Visió (òptica i optometria – Terrassa), Passeig 22 de juliol 660 (08222) Terrassa, indicant en el sobre "Protecció de dades". També pot posar-se en contacte amb nosaltres remetent-nos un email a [cuv.info@upc.edu](mailto:cuv.info@upc.edu), incloent "protecció de dades" a l'assumpte.

D'acord amb l'exposat anteriorment dono el meu consentiment exprés com a pacient del Centre Universitari de la Visió per a que tractin les meves dades personals d'acord amb les finalitats pròpies de l'entitat i específicament per a les finalitats **sanitària i docent**.

Pare, mare o tutor legal:.....

DNI:.....

Signatura de conformitat