



FORMULARIO DE ALTA DE PACIENTES

Datos solicitados

Datos personales: Nombre y apellidos, edad, dirección, teléfonos.

Datos Sanitarios recopilados: historial visual, historial ocular, resultados de exámenes optométricos, resultados de exámenes de salud ocular, otras pruebas que aporte el paciente de interés sanitario.

Nombre y Apellidos:

Dirección:

C.P..... Población:.....

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

Fecha nacimiento: / / Email:

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos recogidos en toda la relación que usted tenga con Centro Universitario de la Visión (óptica y optometría - Terrassa) serán incluidos en el fichero "visión titularidad de la Universidad Politécnica de Cataluña, c. Jordi Girona nº 31, (08028) Barcelona con la finalidad exclusiva de poder prestar los servicios profesionales que nos ha solicitado.

Dado el carácter docente e investigador de este centro, sus datos clínicos podrán ser utilizadas para llevar a cabo estudios clínicos sobre salud visual. Estos datos se incluirán en los estudios de manera disociada, a fin de impedir su identificación.

Sin embargo le indicamos que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito al Centro Universitario de la Visión (óptica y optometría - Terrassa), Paseo 22 de julio 660 (08222) Terrassa, indicando en el sobre "Protección de datos". También puede ponerse en contacto con nosotros remitiéndonos un email a cuv.info@upc.edu, incluyendo "protección de datos" en el asunto.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente doy mi consentimiento expreso como paciente del Centro Universitario de la Visión para que traten mis datos personales de acuerdo con las finalidades propias de la entidad y específicamente para los fines sanitaria y docente .

Padre, madre o tutor legal:

DNI:.....

Firma de conformidad