

A U T O R I Z A C I Ó N A T E R C E R O S
A C C E S O A P P " S J D S A L U D "

Yo, _____

con nº DNI/NIE: _____ HC: _____

A U T O R I Z O

A _____ con nº DNI/NIE: _____, para acceder a la aplicación (APP) "SJD Salud" con el fin de poder gestionar las consultas en este centro, así como consultar la documentación clínica que consta en mi historia clínica electrónica. Para este fin, adjunto fotocopia de mi DNI/ NIE.

Firma:

Fecha: ___/___/___

.....

"Los datos personales que usted facilita, se tratan con la finalidad de gestionar, controlar y atender las solicitudes referentes a su documentación clínica o la de la persona que le haya autorizado a tal efecto, conforme a lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos. El Responsable del Tratamiento de los datos personales que usted proporcione será el Hospital San Juan de Dios de Tenerife. Sus datos únicamente serán comunicados, en la medida en que dicha comunicación sea necesaria u obligatoria de acuerdo con la legislación vigente. Sus datos personales no serán objeto de decisiones automatizadas o transferencias internacionales. Una vez que dejen de ser necesarios, serán conservados de acuerdo a los plazos legalmente previstos, tras lo cual se suprimirán. Podrá ejercer sus derechos como afectado, en los términos previstos por la normativa, en este sentido, podrá dirigirse a la dirección: Carretera General Santa Cruz-La Laguna, CP 38009 Santa Cruz de Tenerife o contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través del email: C07_DPO@sjd.es. Igualmente podrá presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos).