CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE SALUD

1. OBJETO Y RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS.

Este documento tiene por objeto informar al TITULAR sobre el tratamiento de sus datos personales por parte de la CLÍNICA EL BATÁN DEL POZO S.A. (en adelante, la "CLÍNICA"), conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos

- Responsable del Tratamiento: CLÍNICA EL BATÁN DEL POZO S.A.
- RUC: 1790828751001
- Dirección: Av. 6 de diciembre N43-11 y Tomás de Berlanga, Quito, Ecuador.
- Contacto: info@clinicaelbatan.com

2. DEFINICIÓN DE TITULAR Y LICITUD

El paciente es el TITULAR de sus datos. La CLÍNICA tratará sus datos personales y sensibles (salud) bajo las bases de legitimidad previstas en la LOPDP, principalmente:

a) el consentimiento expreso del titular;
b) la ejecución de medidas precontractuales y contractuales para la prestación de servicios de salud; y
c) el cumplimiento de obligaciones legales sanitarias. El TITULAR garantiza que los datos proporcionados son exactos, íntegros, precisos y actualizados.

3. FINALIDADES DEL TRATAMIENTO

En cumplimiento del principio de finalidad, los datos serán tratados para:

a) Gestión Médica, Admisión, diagnóstico, tratamiento, hospitalización, cirugía, exámenes de laboratorio y servicios de imagenología.
b) Gestión Administrativa. Facturación, gestión de cobros, auditorías de calidad y cumplimiento de obligaciones tributarias.
c) Obligaciones Legales, Reporte de enfermedades de notificación obligatoria a la Autoridad Sanitaria, custodia de historias clínicas y atención de requerimientos judiciales o administrativos debidamente fundamentados.
d) Seguridad, Video vigilancia en áreas comunes para seguridad de pacientes y personal

4. BASE LEGAL

Este informativo se encuentra regulado por la legislación ecuatoriana y, en particular, por la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDP), su Reglamento y demás normativa secundaria aplicable (en conjunto, la "REGULACIÓN"). A través de este instrumento la CLÍNICA da cumplimiento a las disposiciones de la REGULACIÓN para el tratamiento legítimo, informado y seguro de los datos personales y datos sensibles de salud de los TITULARES.

El PACIENTE, en calidad de titular de los datos, pudo haber entregado información personal, médica y de salud a la CLÍNICA en el pasado, en virtud de relaciones de atención médica, diagnósticos, procedimientos, hospitalización, servicios complementarios, gestiones administrativas o contractuales con la institución.

5. **TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES (SALUD)**

El TITULAR reconoce que sus datos de salud son sensibles. La CLÍNICA garantiza el deber de confidencialidad y secreto profesional, incluso tras finalizar la relación asistencial. Siempre que sea posible, los datos serán anonimizados los datos relativos a su salud son considerados datos sensibles. La CLÍNICA garantiza que su tratamiento se realizará bajo estricto secreto profesional y confidencialidad. Siempre que sea posible para fines estadísticos o de investigación, sus datos serán seudonimizados o anonimizados para evitar su identificación directa.

6. TRANSFERENCIA DE DATOS A TERCEROS:

Sus datos podrán ser comunicados únicamente a terceros cuando sea estrictamente necesario para la finalidad médica o por mandato legal:

a) Laboratorios y centros de diagnóstico externos vinculados a su tratamiento.
b) Compañías de seguros o medicina prepagada (sujeto a su autorización en el punto 8.2).
c) Autoridades judiciales o administrativas que lo requieran mediante orden motivada y legal.

7. PLAZO DE CONSERVACIÓN

Su información será conservada durante el tiempo que dure la relación asistencial y, posteriormente, durante los plazos mínimos de custodia de historias clínicas exigidos por la Autoridad Sanitaria Nacional (habitualmente 5 años en archivo activo) y la normativa tributaria.

8. SUS DERECHOS COMO TITULAR

Usted tiene derecho a solicitar el Acceso, Rectificación, Actualización, Eliminación, Oposición, Portabilidad y Limitación del tratamiento de sus datos.

Procedimiento: Dirigir una solicitud escrita a nuestro delegado de protección de datos
Abogado Juan Carlos Baquero
correo: juan.baquero.tse@gmail.com
indicando su petición clara.
La CLÍNICA responderá a su requerimiento en un término máximo de diez (10) días, conforme al Art. 62 de la LOPDP.

DECLARACIONES Y CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO:

8.1 Declaro que he sido informado sobre la naturaleza del tratamiento y acepto voluntariamente el uso de mis datos personales y de salud para los fines médicos y administrativos descritos en este documento. **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE SALUD**

[ ] Acepto

8.2 ¿Autoriza a la CLÍNICA a compartir mi historia clínica, resultados y facturación con mi seguro privado o empresa de medicina prepagada para efectos de auditoría, validación de cobertura y pago de servicios?

[ ] SÍ Autorizo
[ ] NO Autorizo

(La negativa podría obligar al paciente a realizar el pago directo y gestionar el reembolso posteriormente).

8.3 Comunicaciones no Esenciales: ¿Autoriza el envío de recordatorios de citas, consejos de salud, novedades y promociones de la clínica a través de mi correo electrónico o WhatsApp?

[ ] SÍ Autorizo
[ ] NO Autorizo
(Su decisión en este punto no afecta la calidad de la atención médica recibida).

8.4 **Autorización para fines comerciales no esenciales**

¿Autoriza el envío de promociones, novedades, recordatorios o información comercial a través del correo electrónico o por el WhatsApp que usted facilitó?

[ ] SÍ Autorizo
[ ] NO Autorizo
(La negativa no condiciona la prestación del servicio de salud)

Firma del Paciente o Representante Legal: _____
Nombre Completo: _____
C.I. / Pasaporte: _____
Fecha: _____

El TITULAR deja constancia de su aceptación, sin reserva ni condicionamiento alguno, de las declaraciones y compromisos que aquí se contienen. En particular, acepta y aprueba de forma expresa, libre, específica, inequívoca e informada el manejo de sus datos por parte de la CLÍNICA, en la forma y con los alcances que se detallan en este documento.