

**MARQUE LO QUE PROCEDA**

**RECOJO MI PROPIO ESTUDIO**

YO, DON/DOÑA \_\_\_\_\_ con  
DNI: \_\_\_\_\_ procedo a retirar de este centro el estudio  
de \_\_\_\_\_  
realizado con fecha \_\_\_\_\_

Una vez entregado este documento, el CENTRO queda exonerado de cualquier responsabilidad por la pérdida o deterioro del mismo, siendo el paciente responsable de la custodia de los datos médicos que se incluyen en el mismo.

Firmado: El Paciente

**RECOJO EL ESTUDIO DE UN MENOR DEL QUE SOY PADRE O TUTOR.**

Yo, D./ D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con DNI/NIF n<sup>o</sup>: \_\_\_\_\_ en nombre y  
representación de \_\_\_\_\_ procedo a la recogida de los resultados de sus  
pruebas realizadas en éste CENTRO con fecha \_\_\_\_\_.

IMPORTANTE: Es obligatorio presentar el DNI, NIE o Pasaporte para proceder a la recogida de pruebas, con objeto de garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos de personas relativos a la salud, asimismo deberá presentarse original y fotocopia del DNI, NIE, Pasaporte o Libro de Familia del Menor.

En el caso de solicitud de HHCC de menores ambos progenitores manifiestan que ostentan la patria potestad sobre el menor, cualquier cambio en esta situación se comunicará al Centro, por ello en caso de que la patria potestad sólo la ostente un progenitor se entregará la correspondiente sentencia judicial o medio probatorio equivalente.

*Firmado: El Representante del Menor*

**RECOJO EL ESTUDIO DE UN TERCERO: es necesario que el paciente rellene esta autorización:**

Yo, D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con  
DNI/NIF \_\_\_\_\_

AUTORIZO expresamente a D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con  
DNI/NIF \_\_\_\_\_

a retirar del CENTRO DE DIAGNÓSTICO, la prueba de \_\_\_\_\_ realizada con  
fecha \_\_\_\_\_.

IMPORTANTE: En virtud del derecho a la intimidad y carácter confidencial de los datos referentes a la salud del paciente, mencionada por la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica, esta documentación sólo será entregada al propio o a un tercero que disponga de autorización firmada por el paciente y **una copia del DNI/NIF del paciente.**

*FIRMADO: EL PACIENTE*

*FIRMADO: EL TERCERO*

Una vez entregado el estudio, el CENTRO queda exonerado de cualquier responsabilidad por la pérdida o deterioro del mismo, siendo el paciente o su representante responsable de la custodia de los datos médicos que se incluyen en el mismo.

**RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:**

De conformidad con la normativa vigente, se informa al interesado, que los datos facilitados van a ser tratados por NOVOTECNICA-2, S.L.U. como responsable del tratamiento. El tratamiento será mixto (tratamientos automatizados y no automatizadas).

**FINALIDADES DE TRATAMIENTO:**

- Control de la recogida de pruebas por terceras personas distintas al interesado.
- Ejercicio de los derechos del titular de los datos.

La negativa conllevará la imposibilidad de entregar los resultados, pruebas o estudios del interesado a la persona autorizada.

**LEGITIMIDAD DEL TRATAMIENTO**

- Consentimiento del titular de los datos

**PERIODO DE CONSERVACIÓN DE SUS DATOS**

Los datos serán conservados durante los periodos legales de retención de datos establecidos en la normativa estatal y autonómica.

**DERECHOS DEL TITULAR DE LOS DATOS**

Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad. Del mismo modo, cuando el interesado considere que NOVOTECNICA-2, S.L.U., ha vulnerado los derechos que le son reconocidos por la normativa aplicable en protección de datos podrá reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos.

El interesado podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos de Novotécnica-2, S.L.U. tanto para ejercitar sus derechos como para realizar cualquier consulta sobre el presente tratamiento de datos:

Delegado P.D. en Novotécnica-2, S.L. E-mail: [dpo@origensalud.com](mailto:dpo@origensalud.com) C/ Paulina Harriet, 4, bajo, 47006, Valladolid.

En Valladolid, a            de            de

<b>Firma del interesado</b>
<input type="checkbox"/> MARCAR CON UNA X: Consiento el tratamiento de mis datos personales en los términos anteriormente citados.