

## Consentimiento informado para CIMA

El abajo firmante SOLICITA a la entidad CIMA, los servicios de asistencia sanitaria y hospitalaria que precisa el paciente en este formulario referido, así como su ingreso en la fecha, hora y habitación indicada. La prestación de los servicios asistenciales y hospitalarios por parte de CIMA, y que contrata voluntariamente el firmante, se dispensará por orden y cargo de la Compañía Aseguradora indicada por éste, y en su defecto, del firmante.

1. La entidad CIMA, su personal sanitario, sus servicios y departamentos concertados, quedan AUTORIZADOS expresamente para la asistencia diagnóstica y terapéutica, y para que dispensen al paciente el tratamiento prescrito por los Drs. que le atiendan, en toda su extensión, incluyendo pruebas de diagnóstico o tratamiento, extracción o transfusión de sangre e intervención quirúrgica que precise según diagnóstico. El paciente y/o su responsable declaran que han sido informados por sus médicos, suficientemente de los riesgos, y que, tras comprenderlos, los aceptan.
2. El solicitante, paciente y/o su responsable, saben y entienden que CIMA se limita a aplicar los tratamientos prescritos por los Drs. que les atienden, y a facilitar las instalaciones y medios técnicos necesarios para la intervención y aplicación de los mismos a dichos facultativos, que actúan según la "lex artis" y trabajan por cuenta y orden exclusiva de la Compañía Aseguradora o del propio paciente, y no de CIMA, ni de su Dirección; siendo CIMA por tanto, sólo responsable de la actuación de su personal sanitario y auxiliar, quedando relevados la clínica, este personal, así como las personas y entidades colaboradoras con ella, de toda responsabilidad por el posible resultado adverso de cualquiera de las pruebas y/o tratamientos correctamente aplicados que se le practiquen, y las consecuencias que pudieran derivarse de ello, asumida libre y consecuentemente por el paciente, solicitante o su responsable.
3. El paciente, solicitante y/o su responsable, abajo firmantes, se obligan solidariamente entre sí y con la persona o entidad aseguradora, a satisfacer los cargos derivados de los servicios asistenciales, tanto diagnósticos como terapéuticos, hospitalarios y médicos. El firmante se obliga a abonar directamente y antes de dejar la clínica, el importe de los gastos extra (teléfono, etc...), no cubiertos por su Compañía Aseguradora.
4. La Dirección de esta clínica no se responsabilizará de la falta de ningún objeto, ni dinero en metálico, que no haya sido depositado en la Administración, que facilitará el correspondiente recibo de depósito.
5. CIMA y todos sus servicios médicos asociados, con el objetivo de garantizarle la confidencialidad, el secreto profesional y la seguridad en relación al tratamiento de sus datos personales, le informan que conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo, sus datos personales y los derivados de la prestación asistencial, son confidenciales y formarán parte de un fichero de "Pacientes" responsabilidad de CLÍNICA CIMA, y en su caso del servicio médico asociado al que se dirija, con la finalidad de gestionar sus pacientes y su historia clínica, las tareas administrativas derivadas de la prestación asistencial, así como, siempre y cuando no nos indique lo contrario, proporcionarle información referente a nuestros servicios, ya sea por medios electrónicos o postales. En consecuencia, nos otorga su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales y sus cesiones, así como los relativos a su salud necesarios para la prestación del servicio asistencial. Los datos personales y de salud que nos facilita son confidenciales y sometidos al secreto profesional, y únicamente son cedidos en los casos legalmente previstos, a las compañías responsables de su cobertura médica, y en su caso, a los centros o profesionales sanitarios responsables del paciente o necesarios para la prestación del servicio sanitario.

Asimismo el paciente consiente expresamente, a efectos de garantizarle una eficiente prestación asistencial, que la parte general de su historia clínica sea accesible por todos los servicios médicos asociados a CLÍNICA CIMA. En cualquier caso podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la ley, mediante escrito dirigido a la CLÍNICA CIMA, Paseo Manuel Girona, nº 33, 08034 de Barcelona, junto con su identificación a través del DNI, e indicándonos el responsable al que dirige su solicitud. Le comunicamos, que está prohibida la entrega de resultados médicos a personas distintas de los pacientes, salvo presentación por el solicitante del DNI del paciente y una autorización firmada.

6. El solicitante se compromete a cumplir, y a hacer respetar a sus familiares y afectos, las Normas Generales de comportamiento en la Clínica, y especialmente los horarios de visita, con el fin de evitar molestias al propio paciente y a los demás asistidos en el centro

En prueba de conformidad y de libre y consciente aceptación, sometiéndose expresamente a la jurisdicción y competencia de los Juzgados y Tribunales de Barcelona, con expresa renuncia a su fuero propio, si lo tuvieran, firma el presente en el lugar y fecha indicados.

En Barcelona a ..... de ..... de 20.....

Firma y DNI del paciente o responsable