

**RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:** KEVIN CHRABIEH

**DIRECCIÓN:** C/FONERIA, 24 LOCAL 2 08038 ZONA FRANCA-BARCELONA

**TELÉFONO:** 932 969 858 615049704

**DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS:** TECNODOSIS, S.L. — dpd@utpr.es

---

## **FINALIDAD**

La finalidad es recoger datos sobre el estado de salud del paciente para facilitar la atención sanitaria, registrando todos aquellos datos que permitan un conocimiento veraz y actualizado de su estado. Los datos también se utilizarán para la gestión administrativa y facturación de los servicios prestados. La base legal del tratamiento es la ejecución de este contrato y el consentimiento expreso del paciente o su representante legal.

---

## **PLAZO DE CONSERVACIÓN**

Los datos de salud, incluidos los contenidos en la historia clínica, se conservarán como mínimo durante 15 años, conforme a la normativa vigente. Los datos relacionados con la gestión administrativa y facturación se conservarán por los plazos establecidos en la legislación mercantil y fiscal.

---

## **DESTINATARIOS DE LOS DATOS (CESIONES)**

En ciertos casos, los datos podrán ser comunicados a:

- Laboratorios protésicos y de análisis, cuando sea necesario para el tratamiento y la prestación del servicio sanitario.
- Compañías aseguradoras de salud, si dispone de una póliza.
- Entidades financieras, si decide financiar su tratamiento.
- Empresa gestora para la facturación y cumplimiento de obligaciones fiscales y comerciales.

En algunos casos, se podrán tomar fotografías o vídeos dentales con fines de exposición en páginas web, redes sociales o congresos médicos, con fines docentes y/o publicitarios.

**SÍ NO**

[ ] [ ] Autorizo el uso de mis fotografías con los fines indicados.

También nos gustaría contactar con usted para recordarle citas y revisiones, por correo, email, SMS, WhatsApp o similares. Si lo autoriza, también podremos enviarle información sanitaria y novedades sobre los servicios de la clínica.

**SÍ NO**

[ ] [ ] Autorizo el envío de recordatorios de citas por medios postales o electrónicos.

**SÍ NO**

[ ] [ ] Autorizo el envío de información sanitaria por medios postales o electrónicos.

**SÍ NO**

[ ] [ ] Autorizo el envío de comunicaciones comerciales por medios postales o electrónicos.

---

**DERECHOS**

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad contactando con la Clínica presencialmente o por email:  
kevinchrabieh@gmail.com. También tiene derecho a:

- Retirar el/los consentimientos otorgados.
- Presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Este documento cumple con la obligación de información legal exigida por la normativa de protección de datos y con su firma usted otorga su consentimiento al tratamiento de sus datos con los fines indicados.

---

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:** ALI AMRANI

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (menores de 14 años):**

**DNI DEL PACIENTE:** X9179092E

**DNI DEL REPRESENTANTE LEGAL (si procede):**

**FECHA:** 10/03/1980

**FIRMA:**