

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER A LOS DATOS PERSONALES

Por la presente acepto que medneo pueda enviar mis datos personales y médicos (incluyendo constataciones preliminares y datos de imagen) a las personas y grupos de personas mencionadas en el campo «datos del destinatario», en la medida en que sea necesario para fines de la prueba y el tratamiento. Para ello, libero a los médicos y al personal de asistentes de la obligación de confidencialidad (médica) en la medida de lo necesario. Asimismo, estoy de acuerdo con el registro de los datos recogidos por medneo. Realizo las anteriores declaraciones de manera voluntaria. Soy consciente de que la declaración de consentimiento y la liberación del acuerdo de confidencialidad pueden revocarse en cualquier momento y por escrito con efecto futuro con respecto a medneo

<b>DATOS DEL PACIENTE</b>	
_____	_____
Apellidos, nombre	Fecha de nacimiento

Indique el nombre **completo** de la institución, la dirección y el número de fax, ya que de lo contrario no se podrá reenviar.

<b>DATOS DEL DESTINATARIO</b>	
_____	
Apellidos, nombre del médico / nombre del consultorio o del centro de atención médica	
_____	_____
Calle, número	Código postal, localidad
_____	
Número de fax	
_____	
Opcional: Dirección de correo electrónico	

_____	_____
Lugar, fecha	Firma del paciente*

\* En nombre del paciente puede firmar una persona de acompañamiento autorizada como, por ejemplo, un titular del derecho de custodia\*\*, un tutor legal o un representante legal autorizado.

\*\* Si firma un único titular del derecho de custodia (por ejemplo, uno de los padres), este declara con su firma que invoca el derecho de custodia legal de forma individual o que su representación se lleva a cabo de acuerdo con el otro titular del derecho de custodia.