

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PERSONA DUEÑA DE LOS DATOS (FÓRMULA 1-8968-GM)

Yo, _____, portador del documento de identidad número _____, de manera expresa, libre y espontánea consiento que, mis datos personales clasificados por la Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales como datos sensibles, datos de acceso restringido y datos de acceso irrestricto sean tratados mediante cualquiera de las formas de recolección, registro, organización, conservación, modificación, extracción, consulta, utilización (con especial relevancia en toda acción dirigida al beneficio particular del consentido), comunicación por transmisión, difusión, bloque, supresión, en la base de datos denominada “Base de Datos Grupo Salud Montecristo” bajo la responsabilidad del Grupo Montecristo compuesto por las siguientes empresas: GRUPO DE PREVENCIÓN DE LA SALUD DE LA REGIÓN LATINOAMERICANA GRUPESAL SOCIEDAD ANÓNIMA, cédula jurídica número 3-101-779027; 3-101-675402 SOCIEDAD ANÓNIMA (razón social que incluye Medismart, Laboratorios Páez y la cadena de consultorios odontológicos Drs. Dent), cédula jurídica número 3-101-675402, INSTITUTO CENTROAMERICANO DE MEDICINA I.C.E.M. SOCIEDAD ANÓNIMA, cédula jurídica número 3-101-569075; TORRE MEDICA HOSPITAL METROPOLITANO SOCIEDAD ANÓNIMA, cédula jurídica número 3-101-622937; LEISA ONCO CENTER SOCIEDAD ANÓNIMA, cédula jurídica número 3-101-722982; CENRAD SOCIEDAD ANÓNIMA, cédula jurídica número 3-101-704286; SOPORTE ASISTIDO AÉREO Y TERRESTRE SAAT SOCIEDAD ANÓNIMA, cédula jurídica número 3-101-785202; SMART PLASTIC SURGERY SOCIEDAD ANÓNIMA, cédula jurídica número 3-101-801948; MONTECRISTO INTERNATIONAL SERVICES SOCIEDAD ANÓNIMA, cédula jurídica número 3-101-431164 y BRAYA SOCIEDAD ANÓNIMA, cédula jurídica número 3-101-039946.

Además, en los casos específicos de estudios biomédicos, también estoy de acuerdo y así lo manifiesto, en ser contactado si cumpla con los requisitos de determinado estudio y me pueda ver beneficiado. En tal supuesto de investigación médica, autorizó expresamente que mi información personal, contenida en mi historia médica, pueda ser utilizada para estudios de carácter demográfico, estadístico y epidemiológico, manteniéndose la confidencialidad de mi información personal.

Conozco que, la base de datos denominada “Base de Datos Grupo Salud Montecristo” tiene la finalidad de consolidar en un registro único los datos personales de los clientes y así tener un rastreo a lo largo de los distintos sistemas de la organización para identificar, la creación, ubicación, accesos y modificaciones a dichos datos a lo largo de las distintas organizaciones, y registra las categorías de datos sensibles, datos de acceso restringido y datos de acceso irrestricto que trata para los fines específicos previamente señalados. Además, la citada base de datos, es responsabilidad del GRUPO DE PREVENCIÓN DE LA SALUD DE LA REGIÓN LATINOAMERICANA GRUPESAL S.A. cuya identidad es 3-101-779027 y dirección es San José, Goicoechea, Calle Blancos, de la esquina sureste de la Clínica Católica cien metros al este y cien metros al norte, casa esquinera color blanca con techo de teja.

También conozco que, la información que daré será de manera facultativa y no obligatoria, además, doy permiso a las personas autorizadas por los responsables de la base de datos denominada “Base de Datos Grupo Salud Montecristo” para que, en el escenario de los fines de la base de datos, consulten mi información bajo los mecanismos de seguridad que disponga el responsable de la base de datos y, también, puedan compartir mis datos personales y sensibles con un tercero, persona física o jurídica, sujeto al secreto profesional o a una obligación equivalente de secreto que garantice la privacidad de los mismos, pero en el supuesto que mis datos resulten necesarios para la prevención o para el diagnóstico médico, la prevención de asistencia sanitaria o tratamientos médicos, o la gestión de servicios sanitarios. Conozco además que, mediante comunicación a la dirección electrónica protecciondedatos@grupomontecristo.com del Grupo Montecristo podré ejercer mi derecho a la protección de mis datos personales de acceso a la información, actualización, rectificación, supresión y consentimiento a la cesión de mi información.

Dado en _____, **el día** _____ **del mes de** _____ **del año** _____.

Nombre: _____.

Firma: _____.

