



Este documento recoge la solicitud de los pacientes del Departamento de Salud Valencia-La Fe de teleasistencia clínica por parte de los profesionales de este departamento.

Identificación del Paciente.

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI: _____

Telf. _____ **Domicilio** _____

Nº de Historia Clínica Paciente: _____ **Nº de SIP** _____

Identificación del padre, madre o representante legal o voluntario.

D/Dña _____

DNI _____ **Telf.** _____

Solicito que para la teleasistencia clínica se me contacte en este correo electrónico _____ o mediante este número de teléfono móvil _____; solicito también, poderles enviar fotos y otros documentos personales al correo electrónico oficial de la consulta médica para su apoyo en las consultas que mantengamos por las vías telemáticas que autorizo en este documento.

Si procede, autorizo para que contacten conmigo mediante la plataforma pública de video conferencia _____, la cual tengo instalada en mi dispositivo personal, asumiendo y aceptando sus condiciones de uso y privacidad. Me podrán localizar con la identificación _____”

Autorizo mediante el presente documento el uso de las imágenes, vídeos u otros documentos enviados por mí, solo para el tratamiento de mi salud o la de mi representado, y para su archivo en la historia clínica, si el facultativo lo considera de interés.

La persona firmante queda informada del carácter confidencial de estas comunicaciones, y se compromete a no difundir su contenido, imágenes, conversaciones o documentos en redes públicas o cualquier otro medio, ni comunicarlas a ninguna persona ajena al ámbito de la teleasistencia.

Y para que así conste a todos los efectos oportunos, firmo la presente autorización,

En València, a ___ de _____ de 20__

Firmado _____

(Paciente o Madre/Padre/ Representante legal del paciente)



Condiciones del servicio de teleasistencia clínica.

Este servicio es de carácter voluntario para el paciente, y su misión es facilitar el acceso a los servicios ordinarios de consultas externas y de atención primaria que presta la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en el Departamento de Salud Valencia - La Fe. Las condiciones del servicio se resumen en el catálogo de servicios y la carta de derechos y deberes del paciente, que se puede consultar en este enlace: <http://www.lafe.san.gva.es/ciudadano>

La prestación sanitaria pública se rige por lo dispuesto en la ley 14/1986 General de sanidad, el real decreto 1030/2006 de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud, La Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la ley 10/2014 de la generalitat, de salud de la comunidad valenciana y

El contacto establecido por estos medios está sujeto a las mismas condiciones de privacidad y secreto profesional que el que se realiza en las consultas presenciales, o domiciliarias. La información verbal, documentos e imágenes intercambiadas, incluyendo el intercambio de voz y vídeo, deberá permanecer en el ámbito de la consulta, quedando prohibido su uso para otros fines.

Información sobre protección de datos.

Los datos personales que se intercambien en cada conexión o mensaje recibido, serán tratados de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD EU 2016/679) y la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de los derechos Digitales (LOPDGDD 3/2018).

El tratamiento de estos datos está legitimado tanto por su consentimiento, expresado en este documento, como por el ejercicio de funciones públicas de asistencia sanitaria que el departamento de salud tiene asignadas, al amparo de las leyes citadas en el apartado anterior de condiciones del servicio.

Las imágenes y demás datos utilizados serán suprimidos una vez cumplido el fin para el que han sido enviados, sin perjuicio del mantenimiento de los datos que legítimamente deban ser incorporados a la historia clínica. Esta disposición afecta tanto al profesional que presta la asistencia como al paciente que la recibe y, en su caso, a sus representantes presentes en la consulta.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, o limitación del tratamiento, de acuerdo con los artículos 12 a 23 del RGPD y los artículos 12 a 18 de la LOPDGDD, ante este departamento de salud, o la Conselleria de sanidad o el Delegado de Protección de datos de la Generalitat Valenciana.

Si entiende que no se ha satisfecho el ejercicio de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos a través de la sede electrónica accesible en la página web <https://www.aepd.es/>

Mas información sobre protección de datos en <http://www.lafe.san.gva.es/proteccion-de-datos>

Entendido y conforme, En València, a ___ de _____ de 20__

Firmado _____

(Paciente o Madre/Padre/ Representante legal del paciente)