

Formulario para el paciente con declaración de consentimiento de protección de datos

Apellido(s), nombre | Name, Vorname | Nom, Prénom | Cognome, Nome

Apellido de nacimiento | Ledígname | Nom de jeune fille | Cognome da nubile

Dirección | Adresse | Adresse | Indirizzo

CP, localidad | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località

Nacionalidad | Nationalität | Nationalité | Nazionalità

Profesión, empleador/a | Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber  
Profession, Employeur | Professione, Datore di lavoro

Médico/a de referencia, de cabecera | Zuweisende/r Ärztin / Arzt,  
Hausärztin/-arzt | Médecin traitant | Medico curante

Aseguradora / Seguro médico / Seguro de accidentes | Krankenkasse / Versi-  
cherung / Unfallversicherung | Caisse maladie / Assurance / Assurance accidents  
Cassa malati / Assicurazione / Assicurazione infortuni

No. de la tarjeta del seguro | Versichertenkarten-Nr.  
N° de carte d'assuré-e | No tessera d'assicurato

Dirección para facturas (si no es idéntica a la dirección indicada) | Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse)  
Adresse de facturation (si différente de l'adresse) | Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo)

Persona a contactar en caso de emergencia (nombre, tel.) | Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist (Name, Tel.)  
Personne à prévenir en cas de nécessité (nom, tél.) | Persona da avvertire in caso di necessità (cognome, tel.)

Fecha de nacimiento | Geburtsdatum  
Date de naissance | Data di nascita

Sexo | Geschlecht  
Sexe | Gender

F

M

X

Estado civil | Zivilstand | Etat-civil | Stato civile

Tel. particular | Tel. privat | Tél. privé | Tel. privato

Tel. móvil | Mobile

Tel. comercial | Tel. Geschäft | Tél. professionnel | Tel. ufficio

E-Mail

No. AVS | AHV-Nr. | N° AVS | No AVS

Tipo de seguro (MC, modelo del médico de cabecera) | Versicherungsart  
(MC, Hausarztmodell) | Type d'assurance (MC, modèle du médecin de famille)  
Tipo di assicurazione (MC modello del medico di famiglia)

Seguro complementario | Zusatzversicherung | Assurance complémentaire  
Assicurazione complementare

Representación | Vertretung | Représentation | Rappresentanza

Por favor, rellenar en caso dado si no fuera idéntico a los datos personales facilitados | Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit obigen Personalien  
À compléter si nécessaire et si elles ne sont pas identiques aux données personnelles ci-dessus | Si prega di compilare se i dati sono stati forniti e non coincidono con i dati personali di cui sopra

Representante legal | Gesetzlicher Vertreter  
Représentant légal | Rappresentante legale

Tutor / curador | Vormund / Beistand  
Tuteur / curateur | Tutore / Avvocato

Poder | Vollmacht | Procura | Procura

Padres | Eltern | Parents | Genitori

Institución | Institution | Institution | Istituzione

Nombre | Vorname | Prénom | Nome

Dirección | Adresse | Adresse | Indirizzo

Tel. móvil | Mobile

Apellido(s) | Name | Nom | Cognome

CP, localidad | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località

E-Mail

La ley de protección de datos prevé que el tratamiento de datos de salud está sujeto en principio al consentimiento expreso del / de la paciente. Para cumplir este requisito legal le rogamos confirmar el siguiente consentimiento con su firma del documento.

Firma | Unterschrift | Signature | Firma

Confirmando expresamente que consiento al tratamiento de mis datos, al acceso a dichos datos por el médico / la médica o el / la terapeuta mencionados previamente y en el consultorio así como a la transmisión de dichos datos a los siguientes destinatarios.

Categoría de datos	Descripción de los datos	Destinatario	Finalidad
<b>Datos de laboratorio</b>	Datos de pacientes en relación con sangre, orina, heces, microbiología, histología	Laboratorio, otros médicos / otras médicas, terapeutas, hospitales	Aclaraciones y procesamiento médico incluyendo el análisis de datos
<b>Resultados de exámenes</b>	Resultados de exámenes e historial médico	Otros médicos / otras médicas, terapeutas, hospitales y personas y entidades especializadas en la salud, farmacias (recetas electrónicas)	Información específica relativa a la aclaración y al tratamiento posteriores
<b>Datos de pacientes</b>	Datos de diagnóstico y de tratamiento	Otros médicos / otras médicas, terapeutas, farmacias (incl. recetas electrónicas), sistemas internos, Managed Care Systems y proveedores de servicios a nivel de la contabilidad	Documentación, facturación
<b>Datos maestros y del tratamiento</b>	Datos para la asignación, el tratamiento y las facturas	Proveedores de servicios para la facturación, compañías de seguros	Procesamiento para la facturación
<b>Facturación y datos de liquidación y de facturas</b>	Facturación del tratamiento y de servicios médicos, recordatorios y otro procesamiento de facturas	Ärztelasse Genossenschaft y agencia de cobros elegida por el consultorio médico así como oferentes escogidos de software o de información sobre consultorios y asistencia informática	Liquidación conforme a requisitos legales y contractuales así como desarrollo a nivel de informática y para controles de solvencia
<b>Datos de tratamientos y de liquidación</b>	En principio, datos anonimizados o seudonimizados	Registros públicos, oficinas de estadísticas así como Trust Center y FMH (Swiss Medical Association), sociedades de médicos	Requisitos legales de ingreso de datos, negociaciones colectivas / modelos de cálculo
<b>Datos financieros y de facturas</b>	Datos para la facturación y la contabilidad	Contabilidad y prestadores de servicios de liquidación	Facturación y contabilidad

#### Transmisión de datos personales

Tengo pleno conocimiento de los posibles riesgos del intercambio de datos personales sensibles (eventual acceso a los datos por terceros no autorizados en caso de vías de comunicación poco seguras) así como de mis derechos y consiento por la presente al contacto recíproco entre mi médico/a o mi terapeuta y mi persona como paciente a través de la información de contacto arriba mencionada. Por lo demás, autorizo a mi médica/o tratante o mi terapeuta a obtener documentación y documentos médicos relativos a mí en otros médicos/médicas así como clínicas. Esto vale también para el intercambio de datos dentro del consultorio médico y para suplentes. Asimismo consiento la utilización de códigos QR así como de recetas o certificados médicos con firma digital o electrónica. En principio, mis datos serán almacenados por la Ärztelasse Genossenschaft para las aplicaciones principales exclusivamente en Suiza. Para la comprobación de la solvencia, mis datos personales asimismo pueden ser transmitidos a Inkasso Med AG / Intrum AG, donde podrán ser almacenados si esto está previsto por la prestadora / el prestador tratante de servicios.

#### Tratamiento de facturas

La ley federal sobre el seguro de enfermedad (KVG) prevé que los / las pacientes reciban una copia de la factura del médico. Al firmar el presente formulario acepto una eventual facturación en papel o en forma electrónica en el sistema de facturación Tiers Payant (facturación directamente a la aseguradora). Para facilitar el procesamiento, el envío de la copia de la factura (solo en Tiers Payant) se realiza al correo electrónico facilitado por mí, pudiendo indicarse en dicho correo el nombre de mi médico / médica, mi terapeuta o bien del consultorio médico para facilitar la lectura. Consiento a que tales copias así como también asuntos administrativos como el aplazamiento de citas sean enviados a través de mi correo electrónico indicado (de una dirección @hin a una dirección destinataria, como @bluewin.ch, @gmail.com, etc.).

#### Retraso de pago

Si no cumplo con mi obligación de pago dentro del plazo indicado o bien si renuncio a una objeción fundamentada incurro en demora después de vencer el plazo y sin recordatorio ulterior. El prestador del servicio puede recurrir en todo momento a un tercero para la cobranza. Asumo los gastos del retraso en el pago. Para más detalles sobre las tasas de morosidad consulte el siguiente enlace: [www.aerztekasse.ch/patienteninfo/faq](http://www.aerztekasse.ch/patienteninfo/faq).

Teniendo en cuenta la información anterior, así como otras eventuales declaraciones verbales, consiento con mi firma a que mis datos personales sean procesados y transmitidos conforme a las normas de privacidad. Además, tomo nota de que mi consentimiento puede ser revocado completa o parcialmente en todo momento sin que ello afecte la legitimidad del tratamiento efectuado hasta la revocación registrada. La revocación debe realizarse obligatoriamente en forma escrita. Además, mi solicitud de supresión no supone en principio que se realice tal supresión puesto que el especialista médico o el consultorio responsables están obligados por la ley a conservar mis datos. Por lo tanto, el pedido de supresión solo implica en casos excepcionales fundamentados y luego confirmados una supresión de mis datos por parte del especialista médico o del consultorio tratantes. A la vez exoneró en tal caso al especialista médico que me trata de su obligación legal de conservación de mis datos. Los datos son almacenados en principio durante 20 años. Sin aviso explícito del paciente, los historiales médicos podrán conservarse durante más tiempo.

**Las citas médicas que no se cancelen con anticipación, le podrán ser facturadas. Rogamos informarnos a tiempo.**

Se me ha informado de que el documento "Información para pacientes sobre el tratamiento de datos personales" se encuentra a mi disposición.

Fecha | Datum | Date | Data

Firma | Unterschrift | Signature | Firma