

CLÁUSULA INFORMATIVA PROTECCIÓN DE DATOS

PACIENTES MODALIDAD ONLINE

Información en cumplimiento de la normativa de protección de datos personales.

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y para poder prestarle mis servicios propios como profesional de la psicología. Dichos datos son necesarios para que pueda relacionarme con usted y para prestarle los servicios relacionados con la salud mental que me ha solicitado, lo que me permite el uso de su información personal dentro de la legalidad. Asimismo, también pueden ser usados para otras actividades, como enviarle publicidad o promocionar mis actividades, caso en el cual le pediré los correspondientes consentimientos específicos.

El tratamiento de sus datos de salud mental es necesario para que pueda prestarle la debida asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, lo que unido al secreto profesional que es inherente al ejercicio de esta profesión me habilita a tratar tal información con la finalidad de prestarle los servicios solicitados.

Los datos relativos a su salud mental son considerados por la normativa como especialmente sensibles, por lo que sólo podrá tener conocimiento de la información que le pido el personal que debidamente autorice para ello. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que pueda prestarle mis servicios. Igualmente, tendrán conocimiento de su información aquellas entidades públicas o privadas a las cuales esté obligado a facilitar sus datos personales con motivo del cumplimiento de alguna ley.

No está prevista la transferencia de su información personal fuera del Espacio Económico Europeo.

Conservaré sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes, como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, procederé a eliminarlos de forma segura.

En cualquier momento puede dirigirse a mí para saber qué información tengo sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a mi dirección, junto con una fotocopia de su DNI, para poder identificarle:

CARLA SANTANA FELIPE (Col.P-02967)

PLAZA SANTA ISABEL, 8 (1ºB), CP 35001, LAS PALMAS DE GC

CENTRO SANITARIO SCS (Nº8000)

En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

☐  Consiento que se utilice mi número de teléfono para que CARLA SANTANA FELIPE pueda comunicarse conmigo a través de la plataforma de mensajería multiplataforma **WhatsApp**, mejorando así la rapidez y eficacia de las distintas gestiones y comunicaciones.

Podrá retirar este consentimiento en cualquier momento.

☐ Consiento que se utilice el e-mail que yo facilito para recibir comunicados relacionados con la actividad profesional como facturas o informes siempre que los medios de transmisión garanticen la confidencialidad de los datos.

Podrá retirar este consentimiento en cualquier momento.

Las sesiones de psicología en línea tendrán las siguientes características:

1. La plataforma utilizada será *Google Meet*, ya que está dentro del cumplimiento de la Ley de Protección de Datos.
2. La persona que acude a la sesión *online* y se presenta con nombre y apellido, asume la identidad de la persona que dice ser a efectos legales.
3. La identidad de la psicóloga Carla Santana Felipe puede ser comprobada a través del Colegio Profesional de la Psicología de Las Palmas, con número de colegiado P-02967.

- 4.** En ningún caso se permite la grabación de las sesiones ni se podrá almacenar en ningún dispositivo.
- 5.** La historia clínica y los datos almacenados permanecerán archivados cumpliendo con las medidas de seguridad de acceso a esa información sensible.
- 6.** La entrega de las facturas (firmadas con certificado digital) se realizará mediante correo electrónico que el paciente facilite y poniendo las medidas necesarias que garanticen la protección de datos.
- 7.** El paciente autoriza al terapeuta a ponerse en contacto con los servicios de emergencias de la comunidad local de su residencia en caso de urgencia que requiera, de forma justificada, una intervención sanitaria inmediata para evitar perjuicios para la salud del paciente.
- 8.** Las anteriores cláusulas podrán ser actualizadas para dar cumplimiento a la legislación europea.

Firma del paciente:

Nombre y apellidos:

DNI: