CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INCLUSION EN MENSAJERIA DE EVOLUCIÓN DE HERIDAS

D./Dña con **DNI**
En su caso ,como representante legal

D./Dña con **DNI**
En calidad de con domicilio en

Por la presente **DECLARO**

Que autorizo de forma voluntaria a
D/Dña **con DNI**
del **centro/servicio sanitario** en adelante "El responsable", con domicilio a estos efectos en
y en **calidad de**
para realizar comunicaciones a través de la aplicación de mensajería instantánea “WhatsApp.

La finalidad de estas comunicaciones es agilizar la gestión del seguimiento y evolución de su herida y facilitar la comunicación entre ambas partes. Por este motivo, se solicita su consentimiento expreso. Los datos personales recopilados por WhatsApp incluyen, entre otros:

- Número de teléfono
- Nombre de perfil
- Agenda de contactos (si bien no se identifica a los usuarios que no usan la app)
- Datos sobre uso y registro al usar la app
- Modelo de dispositivo
- Sistema operativo
- Navegador
- Red
- Operador o proveedor de servicios de internet
- Dirección IP
- Identificador asignado
- Localización si la compartimos con otros usuarios

Es importante señalar que WhatsApp utiliza un cifrado de extremo a extremo para proteger llamadas, mensajes y archivos multimedia.

I.ACEPTACIÓN

Además de lo expresado en este documento, he sido informado plenamente sobre mis derechos como titular de datos personales. Acepto la comunicación y seguimiento por vía de mensajería instantánea con pleno conocimiento del objeto y el uso previsto, determinado por el interés del paciente y la mejora de la gestión sanitaria.

II.DERECHOS DEL TITULAR DE DATOS

He sido informado de que, como titular de datos personales, me asisten los siguientes derechos:

- Derecho de acceso: Puedo solicitar información sobre los datos personales que se están procesando y obtener una copia de estos.
- Derecho de rectificación: Tengo el derecho de corregir cualquier inexactitud en mis datos personales.
- Derecho de supresión: Puedo solicitar la eliminación de mis datos personales cuando ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recopilados.
- Derecho de oposición: Tengo el derecho de oponerme al procesamiento de mis datos personales en determinadas circunstancias.
- Derecho de cancelación: Puedo solicitar la cancelación de mis datos personales cuando considere que ya no son necesarios para los fines para los que fueron recopilados

III. REVOCACIÓN

Entiendo que, en cualquier momento y sin explicación alguna, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

En a de de 2.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña

(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña

(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha……, y no deseo continuar las comunicaciones a través de la aplicación de mensajería instantánea "WhatsApp" y doy con esta fecha por finalizado el consentimiento.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

PROTECCION DE DATOS

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos

Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos Personales y garantía de derechos digitales (LOPDPGDD) y cualquier otra norma de desarrollo.

En a de de 2024.