

ANEXO IV**DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL EN CASO DE EXCEPCIONES AL
CIRCUITO DE DERIVACIÓN Y/O AMPLIACIÓN DE PRESTACIONES
(A cumplimentar en caso de discrepancia y/o diagnóstico de nueva patología)****Nombre y apellidos del paciente:****CIP del paciente:****Fecha de nacimiento:****Nombre y apellidos del odontólogo/estomatólogo adherido :****Número de colegiado:****Clínica dental y dirección postal:****Teléfono:****Motivo de derivación a la USB:****Anamnesis/Exploración:****Observaciones:****Pruebas complementarias:****Prescripción farmacéutica (si fuera precisa):****Fecha:****Firma del Odontólogo/ Estomatólogo:****CLÁUSULA INFORMATIVA – PRESTACIÓN ASISTENCIA SANITARIA**

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y serán conservados durante los años necesarios para garantizar una adecuada asistencia, así como para cumplir con la normativa vigente aplicable, y en cualquier caso, durante al menos cinco años. El Responsable del Tratamiento es Gerencia Asistencial de Atención Primaria, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Pº de la Castellana 280 28046 Madrid. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en Calle San Martín de Porres, nº 6, 28035 Madrid, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.