CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESGUARDO Y/O TRANSMISION DE DATOS

Autorización para el tratamiento de datos personales

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por GRUPO FABRY DE MEXICO, IAP (en adelante la "Asociación") de que:

1.- La Asociación actuará como Responsables del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales

2.- Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles[1] o sobre menores de edad.

3.- Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales en cualquier momento.

4.- Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por la Asociación y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la misma.

5.- Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico alejandra.zamora71@gmail.com

6.- La Asociación garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

7.- Doy autorización para el manejo de imágenes, videos y fotografías del paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Asociación para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales y de registro en el Registro Nacional de Enfermedades Raras del Consejo de Salubridad General.

La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica. Se firma en _____, el ____ de _____ de 20___.

Nombre de la enfermedad: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Número de Seguridad social: _____

1 Son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.