**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS SOBRE DATOS PERSONALES**

**Hospital Clínica San Agustín (HCSA)**

En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, usted tiene derecho a solicitar la rectificación, eliminación, actualización, oposición o portabilidad de sus datos personales. Por favor, complete este formulario para procesar su solicitud.

**DATOS DEL SOLICITANTE**

* **Nombre completo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Cédula de Identidad/Pasaporte:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Representante legal (si aplica):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Cédula/Pasaporte del representante legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DERECHO QUE DESEA EJERCER**

Seleccione el derecho que desea ejercer (marque una o más opciones):

☐ **Acceso:** Permite obtener información sobre los datos personales y el tratamiento que se les da a los mismos.

☐ **Rectificación y actualización:** Actualización o corrección de datos inexactos o desactualizados.

☐ **Eliminación:** Solicitud de supresión de los datos, salvo en casos donde exista una obligación legal que impida su eliminación.

☐ **Oposición:** Negarse al tratamiento de datos personales bajo las causales definidas en la normativa vigente.

☐ **Portabilidad:** Solicitud para recibir sus datos en un formato estructurado y de uso común, o para transferirlos a otro responsable.

☐ **Otro:** ……………………………………………………………………………….

*NOTA IMPORTANTE: El paciente o su representante legal, declara estar informado de que los derechos ARCO-P no aplican a datos estrictamente médicos. Esto incluye diagnósticos, resultados clínicos, observaciones médicas y cualquier información contenida en el historial clínico, salvo disposición expresa de la ley. Esta limitación tiene como objetivo garantizar la integridad de los registros médicos y respetar el criterio técnico de los profesionales de la salud.*

**DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD**

Especifique los detalles de su solicitud (ejemplo: datos a rectificar, actualizar o eliminar, razones de oposición, etc.):

**DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR**

* Fotocopia de la Cédula de Identidad/Pasaporte del solicitante.
* Poder o cédula de quien ejerza la representación legal (si corresponde).
* Documentos que justifiquen la solicitud (en caso de rectificación o actualización de datos).

**DECLARACIONES**

Declaro bajo juramento que la información proporcionada en este formulario es verdadera y que la solicitud se realiza en el marco de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales vigente en Ecuador. Me comprometo a aceptar la resolución emitida por el Hospital Clínica San Agustín en respuesta a esta solicitud.

**Firma del solicitante/representante legal**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección para la entrega de la solicitud**

Área de Información del Hospital Clínica San Agustín, Loja – Ecuador, calle 18 de noviembre 207-32 y Azuay Esq.

**Información adicional**

El hospital responderá a su en el plazo de 15 días, conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y su reglamento. En caso de necesitar más información, el plazo podrá extenderse, lo cual será debidamente notificado.