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

***Requisitos****: formulario firmado por el titular de la historia clínica y la persona autorizada para presentar la solicitud y/o retirar la información, de ser el caso, cédula del titular y cédula de la persona autorizada para retirar la información. En caso de actualización, rectificación presentar la información que justifique la solicitud.*

**Hospital Clínica San Agustín** 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.

1. **DATOS DEL SOLICITANTE**

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cédula de Identidad/Pasaporte:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Representante legal (si aplica):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cédula/Pasaporte del representante legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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.*

1. **DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD**

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

1. **DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR**

* Fotocopia de la cédula de identidad/pasaporte del solicitante.
* Fotocopia de cédula de la persona autorizada a retirar la información (si corresponde).
* Documentos que justifiquen la solicitud (en caso de rectificación o actualización de datos).

1. **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 titular/representante legal**

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

1. **AUTORIZACIÓN**

En caso de que el solicitante no pueda presentar o retirar personalmente la información, autorizo a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con cédula de identidad/pasaporte N.º **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (presentar/recibir) la información solicitada en mi nombre. Declaro que esta autorización se otorga de manera libre y voluntaria, exonerando al Hospital Clínica San Agustín Cía. Ltda. de cualquier responsabilidad derivada de la entrega de la información a la persona autorizada.

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

**Firma del titular /representante legal Firma de la persona autorizada**

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

1. **ENTREGA DE INFORMACIÓN**

Recibo conforme la información solicitada mediante el presente formulario por parte del Hospital Clínica San Agustín Cía. Ltda. con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_\_\_\_ hojas.

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

**Firma de la persona que recibe**

***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.*