

MOTIVO PARA LA CONSULTA

GINECOLOGICA	CIRUGÍA	REPRODUCCIÓN	UROLOGÍA	RAYOS
¿LES REMITE ALGUN DOCTOR?		NO	SI, Nombre _____	
¿COMO HA CONOCIDO LA CLÍNICA?		Otros pacientes	Internet	Publicidad
Sociedad Médica	Otros _____			

DATOS MUJER

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 APELLIDOS _____ ESTADO CIVIL _____
 DNI / NIF _____ (Incluir letra) PROFESIÓN _____
 TELÉFONO _____ Email _____

¿PERTENECE A ALGUNA DE ESTAS SOCIEDADES MÉDICAS?

Mapfre/Caja Salud	AXA-Winterthur	Adeslas	Cigna	Groupama/Meditec
Colegio de Abogados	DKV Seguros	Sersanet	Avant Salud	Grupo Generalli
Colaboradora Comunidad de Madrid		Privado	Otros _____	

Señale si pertenece a alguno de estos colectivos Muface Mugeju Isfas
 Póliza de empresa ¿Cuál? _____

DATOS HOMBRE

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 APELLIDOS _____ ESTADO CIVIL _____
 DNI / NIF _____ (Incluir letra) PROFESIÓN _____
 TELÉFONO _____ Email _____

¿PERTENECE A ALGUNA DE ESTAS SOCIEDADES MÉDICAS?

Mapfre/Caja Salud	AXA-Winterthur	Adeslas	Cigna	Groupama/Meditec
Colegio de Abogados	DKV Seguros	Sersanet	Avant Salud	Grupo Generalli
Colaboradora Comunidad de Madrid		Privado	Otros _____	

Señale si pertenece a alguno de estos colectivos Muface Mugeju Isfas
 Póliza de empresa ¿Cuál? _____

DATOS DOMICILIO

CALLE Y NUMERO _____ CODIGO POSTAL _____
 LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____
 TELÉFONO DE CONTACTO _____

Consienten en la utilización de estos datos para el envío de correspondencia del centro en su domicilio, así como llamadas telefónicas tanto relacionadas con **su tratamiento** como para la realización de encuestas referidas a nuestro sistema de calidad? SI NO

Conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en los ficheros responsabilidad de la Clínica Tambre (Dr. Caballero Peregrín, S.L.), con la finalidad de gestionar la prestación del servicio médico requerido, así como anteriormente indicada en el caso de que su respuesta haya sido positiva. Igualmente se le informa que Clínica Tambre trabaja con laboratorios externos, razón por la cual, el paciente da su consentimiento expreso a la cesión de sus datos a los únicos efectos imprescindibles relacionados con la finalidad propia de dichos laboratorios. De no facilitar estos datos no será posible la prestación del servicio sanitario. En todo caso, puede ejecutar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede del Centro, sito en la calle Tambre, nº 8, 28002 Madrid.

Fecha
 Firma, Doña

Firma, Don