

La Clínica Los Pinos tratará sus datos personales con la finalidad de gestionar su atención médica, servicios de salud y obligaciones legales.

**Aviso importante:** Este formulario no recopilará automáticamente sus detalles a menos que los proporcione usted mismo. Los campos marcados con \* son obligatorios. Se exige acreditación de representación o de la calidad sucesoria o del encargo expreso correspondiente. Se podrá solicitar documentos que acrediten la identidad y la calidad de representante, encargado y la calidad sucesoria.

## SECCIÓN 1 — ES TITULAR O ENCARGADO

1 ¿Hace esta solicitud en calidad de Titular o Encargado o Representante? \*

- Titular  Encargado o Representante

## SECCIÓN 2 — DATOS DEL TITULAR

2 Nombres completos del Titular \*

Los nombres del titular, persona natural, que quiere ejercer un derecho

Escriba su respuesta

3 Apellidos completos del Titular \*

Los apellidos del titular, persona natural, que quiere ejercer un derecho

Escriba su respuesta

4 Número de Cédula del Titular \*

Titular es la persona natural que requiere atención de derechos de datos personales

Escriba su respuesta

5 Dirección física de contacto \*

La dirección física de residencia o contacto donde se pueda dirigir una comunicación física

Escriba su respuesta

6 Dirección electrónica de contacto (correo electrónico) \*

Dirección electrónica para notificaciones en caso que sea necesario (correo electrónico)

Escriba su respuesta

## SECCIÓN 3 — DERECHOS Y RELACIÓN DE LO SOLICITADO

7 Derecho o derechos que desea ejercer \*

Seleccione el derecho o derechos que desea ejercer

- Información  Acceso  
 Rectificación y actualización  Eliminación  
 Oposición  Suspensión  
 Objeciones a decisiones automáticas

8 Relación clara de lo solicitado \*

Explique con detalle y cuidado cuál es su solicitud

Escriba su respuesta

## CONFIRMACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Nombres completos

Escriba sus nombres completos

Nombres completos  
del solicitante

Número de cédula

Escriba su número de cédula

Número de cédula  
de identidad

Firma del solicitante

Firma del Titular  
o Representante

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_ / día \_\_\_\_ / mes \_\_\_\_ / año

### ■ NOTA IMPORTANTE - VALIDACIÓN DE IDENTIDAD:

El titular o representante debe solicitar y presentar los documentos necesarios que acrediten su identidad y la calidad de representación, conforme a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Clínica Los Pinos podrá solicitar documentación adicional para verificación.