

<b>Doctor (a) asignado:</b>
<b>Representante Legal:</b>
<b>Cédula del Representante Legal:</b>
<b>Paciente:</b>
<b>Cédula del Paciente:</b>
<b>Centro de Atención: OPTICLINIC S.A.</b>
<b>Fecha:</b>

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento, para el tratamiento, recolección y procesamiento de los datos personales del paciente, por la asistencia a la evaluación de optometría especializada, además de las pruebas optométricas especializadas relativas a la salud física y visual de su representado \_\_\_\_\_.

Los datos serán gestionados estrictamente mediante lo previsto en la Ley N° 81 de 26 de marzo de 2019 sobre protección de datos personales y la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003 y decretos ejecutivos que las modifican, las cuales regulan los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada, que buscan la protección de datos personales en la República de Panamá, siguiendo los principios, derechos, obligaciones y procedimientos que se plasman en dichas leyes.

OPTICLINIC S.A. no compartirá, venderá, alquilará su información personal otros entes sin su consentimiento y con excepción de lo que indique la ley sobre protección de datos en la República de Panamá.

Con su firma, el representante legal o paciente, acepta que leyó este documento en su totalidad y que conoce todos sus derechos y deberes sobre el tratamiento de datos personales que se hará efectivo en OPTICLINIC S.A. y que tiene a disposición los siguientes documentos de carácter público Ley N° 81 de 26 de marzo de 2019 sobre protección de datos personales y la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003 y decretos ejecutivos que las modifican.

Firma de Paciente o Representante Legal \_\_\_\_\_

