

MEDIFAMILIA CUENCA

CENTRO DE ESPECIALIDADES

FORMULARIO DE EJERCICIO DE DERECHOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Código: MEDIFAMILIA-DPD-FOR-001 | Versión: 1.0 |

SECCIÓN A — DATOS DEL TITULAR / SOLICITANTE

Nombres y apellidos completos	
Número de cédula / pasaporte	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto	
Dirección domiciliaria	Ciudad, Provincia
Fecha de la solicitud	DD/MM/AAAA

¿Actúa como representante legal del titular?

No, soy el titular de los datos Sí, actúo como representante legal

Si actúa como representante legal, adjunte poder notarial o documento que acredite la representación.

Nombre del representante legal	
Cédula del representante	
Documento adjunto de acreditación	Poder notarial, tutela judicial, etc.

SECCIÓN B — DERECHO QUE DESEA EJERCER

Marque con una X el derecho que desea ejercer. Puede seleccionar más de uno.

Derecho	Descripción (Art. LOPDP)
<input type="checkbox"/> Acceso	Conocer y obtener copia de mis datos personales tratados por MEDIFAMILIA CUENCA (Art. 13 LOPDP)
<input type="checkbox"/> Rectificación y actualización	Corregir datos personales inexactos o incompletos (Art. 14 LOPDP)
<input type="checkbox"/> Eliminación / Supresión	Solicitar la supresión de datos cuando ya no sean necesarios, se revoque el consentimiento o el tratamiento sea ilícito (Art. 15 LOPDP)
<input type="checkbox"/> Oposición	Oponerse al tratamiento de datos en circunstancias previstas por la ley (Art. 16 LOPDP)
<input type="checkbox"/> Portabilidad	Recibir mis datos en formato estructurado e interoperable, o transmitirlos a otro responsable (Art. 17 LOPDP)
<input type="checkbox"/> Suspensión del tratamiento	Solicitar la suspensión temporal del tratamiento (Art. 18 LOPDP)
<input type="checkbox"/> No ser objeto de decisiones automatizadas	No ser objeto de decisiones basadas únicamente en tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles (Art. 19 LOPDP)

<input type="checkbox"/> Revocatoria del consentimiento	<i>Retirar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos (Art. 8 LOPDP / Art. 6 RGLOPDP)</i>
<input type="checkbox"/> Consulta e información	<i>Ser informado sobre el tratamiento de mis datos personales conforme al Art. 12 LOPDP</i>

SECCIÓN C — DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA SOLICITUD

Describa de manera clara y específica su solicitud. Indique qué datos personales son objeto de la solicitud, el tratamiento específico al que se refiere, y cualquier información adicional que facilite la atención de su requerimiento.

Descripción de la solicitud:

Datos personales específicos objeto de la solicitud (si corresponde):

SECCIÓN D — FORMATO Y MEDIO DE RESPUESTA PREFERIDO

Formato de entrega (para derechos de acceso y portabilidad):

<input type="checkbox"/> Digital — PDF	<input type="checkbox"/> Digital — DICOM (imágenes)	<input type="checkbox"/> Digital — CSV/XML
<input type="checkbox"/> Copia física impresa	<input type="checkbox"/> CD/DVD (imágenes)	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Medio de entrega de la respuesta:

<input type="checkbox"/> Correo electrónico (indicado en Sección A)	<input type="checkbox"/> Retiro presencial en sede de MEDIFAMILIA CUENCA
<input type="checkbox"/> Correo certificado a dirección indicada	<input type="checkbox"/> Transmisión directa a otro responsable:

Nombre del responsable destinatario (si portabilidad)	
Correo / datos de contacto del destinatario	

SECCIÓN E — DOCUMENTOS ADJUNTOS

<input type="checkbox"/> Copia de cédula del titular	<input type="checkbox"/> Poder notarial (si representante)
<input type="checkbox"/> Documentos de soporte de la solicitud	<input type="checkbox"/> Otros: _____

SECCIÓN F — DECLARACIÓN JURADA Y FIRMA

Declaro bajo juramento que la información proporcionada en el presente formulario es veraz, completa y exacta. Autorizo a MEDIFAMILIA CUENCA a verificar mi identidad conforme a los procedimientos establecidos. Conozco que la presentación de información falsa o el ejercicio abusivo de derechos puede acarrear responsabilidades conforme a la ley.

He sido informado/a de que MEDIFAMILIA CUENCA atenderá mi solicitud en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la recepción del presente formulario completo, y que el ejercicio de mis derechos es gratuito, conforme a la LOPDP.

En caso de que mi solicitud no sea atendida satisfactoriamente, conozco mi derecho a presentar un reclamo ante la Superintendencia de Protección de Datos Personales (SPDP) — www.spdp.gob.ec.

<p>_____ Firma del titular / representante <i>Nombre:</i> <i>Cédula:</i></p>	<p>_____ Fecha de presentación <i>DD/MM/AAAA</i></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

USO INTERNO — ES MEDIFAMILIA CUENCA (No llenar el solicitante)

N.º de solicitud	<i>Asignado por el DPD</i>
Fecha de recepción	<i>DD/MM/AAAA</i>
Recibido por	<i>Nombre y cargo</i>
Verificación de identidad	<input type="checkbox"/> <i>Verificada</i> <input type="checkbox"/> <i>Pendiente</i> <input type="checkbox"/> <i>No verificable</i>
¿Incluye datos ocupacionales?	<input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> → <i>Notificación al empleador:</i> <input type="checkbox"/> <i>Enviada</i> <input type="checkbox"/> <i>Pendiente</i>
Empleador notificado (si aplica)	<i>Nombre, fecha y medio de notificación</i>
Fecha límite de respuesta	<i>15 días hábiles desde recepción</i>
Estado de la solicitud	<input type="checkbox"/> <i>En trámite</i> <input type="checkbox"/> <i>Atendida</i> <input type="checkbox"/> <i>Denegada (motivada)</i>
Fecha de respuesta al titular	<i>DD/MM/AAAA</i>
Medio de respuesta utilizado	
Observaciones del DPD	

<p>_____ Delegado de Protección de Datos <i>Ab. Carlos Amangandi Quille</i></p>	<p>_____ Gerente General <i>DRA. DIANA BRAVO PARRA</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------