



## VOLANTE DE SOLICITUD DE SENSIBILIDAD ALIMENTARIA S/+



CALDERÓN  
CENTRO DIAGNÓSTICO

C/ Colón, 37 - 12001 CASTELLÓN  
Tel. 964 22 02 16 - Fax 964 23 14 97  
administracion@laboratoriocalderon.com  
[www.laboratoriocalderon.com](http://www.laboratoriocalderon.com)

### PROCEDENCIA WEB

Dr. D.: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Tfno. \_\_\_\_\_

Remitir informe a:

Correo-e \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

**SENSIBILIDAD ALIMENTARIA:** Pruebas a solicitar (Indicar con una cruz):

**S/+ Básico<sup>+</sup>**: 89 Alimentos de la dieta mediterránea

**S/+ 132<sup>+</sup>**: 132 Alimentos de dieta completa

**S/+ V150<sup>+</sup>**: 158 Alimentos de dieta ovolácteo-vegetariana

**S/+ 200<sup>+</sup>**: 2011 Alimentos de dieta completa

OBSERVACIONES:

### DOCUMENTO REQUERIDO EN BASE A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ DNI / PASAPORTE: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del titular de los datos, o persona autorizada (y DNI), si es menor o incapacitado

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que la información que ha facilitado pasará a formar parte de un fichero automatizado, cuyo titular es el Centro Diagnóstico Calderón SLP con la finalidad de llevar a cabo la gestión de análisis clínicos. Tiene derecho a acceder a esta información y cancelarla o rectificarla dirigiéndose al domicilio de la entidad en C/Colón nº 37 de Castellón. Los datos recogidos han sido facilitados por el propio interesado, dando su consentimiento para su tratamiento en el sistema de información del Centro. Esta entidad le garantiza la adopción de las medidas oportunas para asegurar el tratamiento y confidencialidad de dichos datos.

Mediante la presente, se autoriza que los datos personales de carácter médico recabados, puedan ser transferidos o cedidos por el responsable del tratamiento a terceros que actúan como colaboradores, por razón de su especialidad sanitaria, para dar cumplimiento al servicio profesional requerido. Cuando el interesado utilice los servicios sanitarios bajo la cobertura de un seguro médico, el establecimiento sanitario acreedor comunicará a la entidad aseguradora los datos sanitarios necesarios para que esta pueda conocer el acto prestado y hacer frente a su responsabilidad. Mediante la presente autoriza la expresada cesión de datos personales a la compañía aseguradora.

Fecha y Firma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_