

DATOS DEL PACIENTE

INFORMACIÓN PERSONAL			
Apellidos y Nombre :			
Fecha de nacimiento:		Edad:	
Diagnostico clínico acreditado:	Por salud mental Por medico privado Por neurólogo		
Está medicado/a	SI	NO	
Centro Educativo:			
Nivel Educativo (curso actual):			
Dispone de Informe Psicopedagógico:	SI	NO	
Nombre madre:			
Nombre padre:			

Los datos personales declarados en las fichas de inscripción se incorporan a los ficheros de **la Asociación con la finalidad de dar cumplimiento al objeto social de la misma y se encuentran debidamente inscritos conforme a la Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, siendo obligatoria su aceptación por parte del socio. Cualquier otro uso o comunicación de datos a terceros será comunicado previamente al usuario y requerirá consentimiento expreso del mismo. El socio tiene derecho a obtener información de sus datos y a solicitar su rectificación, oposición o cancelación mediante carta escrita con copia de su DNI al responsable del fichero ASOCIACION ATIMANA-DAH, Avenida La Libertad, Edificio Araucaria Local E4 – Los Majuelos – La Laguna