

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE DERECHOS ARCO
HOSPITAL AMERICANO QUITO**
(Acceso – Rectificación – Cancelación/Eliminación cuando proceda - Oposición)

1. Datos del solicitante (titular de los datos)

Nombres y apellidos: _____

Cédula / Pasaporte: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

- ☐ El solicitante es el titular de los datos
☐ El solicitante es representante legal (adjuntar documento que lo acredite)

2. Derecho que desea ejercer (Marque solo una opción)

- ☐ Acceso a mis datos personales
☐ Rectificación de mis datos personales
☐ Oposición al tratamiento de mis datos
☐ Eliminación de mis datos (cuando legalmente proceda)

3. Descripción de la solicitud

(Explique brevemente qué solicita. Si conoce el área o proceso, indíquelo.)

En caso de solicitar historia clínica, especifique si requiere copia total o parcial.

4. Documentos adjuntos (cuando aplique) - (Marque lo que entrega)

- ☐ Copia de cédula / pasaporte
☐ Documento de representación legal
☐ Documento que sustente la rectificación
☐ Otros: _____

5. Medio preferido para recibir la respuesta (Marque una opción)

- ☐ Correo electrónico
☐ Retiro en la Ventanilla de Atención al Usuario

6. Declaración del solicitante - Declaro que la información proporcionada es verdadera y autorizo la verificación de mi identidad para la atención de esta solicitud.

Firma del solicitante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

7. Uso exclusivo del Hospital Americano

Código de caso ARCO: _____

Fecha de recepción: _____

Canal de recepción:

- ☐ Correo DPO - **dpo@hospitalamericanoquito.com**
☐ Recepción – Atención al usuario

Recibido por: _____