



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS (Menores de entre 13 y 17 años)

_____ titular de la cédula de identidad N° _____
y _____, titular de la cédula de identidad N° _____,
y _____ titular de la cédula de identidad N° _____,
de _____ años de edad, comparecen y expresan que:

Quienes comparecen en primer término declaran bajo juramento ser padre/madre/tutor de _____, y que en su representación autoriza/n expresamente a ALCARAZ S.A. (en adelante SEMM) a utilizar la dirección de correo electrónico _____ (domicilio electrónico) para el envío de información y realizar las comunicaciones necesarias para adherir a la APP SEMM, así como para el envío de los informes médicos correspondientes a sus atenciones en policlínicos o en domicilio y para realizarle válidamente cualquier comunicación a través del mismo vinculadas al contrato de asistencia médica, así como a otras finalidades informadas y aceptadas.

El domicilio electrónico subsistirá mientras no comunique a SEMM su cambio por los medios admitidos.

Quien/es suscriben declaran que el acceso por parte de terceros al correo electrónico que se indicó es de su exclusiva responsabilidad, deslindando a SEMM de toda responsabilidad en tal sentido.

Declaran asimismo haber sido informados y aceptar que para hacer uso de la "APP SEMM", en la primera conexión que se realice deberá previamente aceptarse los Términos y Condiciones correspondientes, cuya copia en este acto se les proporciona y previa lectura que realizan de los mismos, los aceptan en representación su hijo/a/menor a cargo.

También declaran haber sido informados que los menores de edad adolescentes (13 años cumplidos), de acuerdo a lo dispuesto por la normativa vigente, tienen derecho a la confidencialidad de sus datos clínicos aún frente a sus padres o responsables legales, por lo cual, para poder los representantes legales tener acceso a dicha información, deberán tramitar un permiso de acceso que requerirá contar con la previa autorización del adolescente, lo cual puede ser realizado en este mismo acto, sin perjuicio de la gestión on line de accesos que puede realizar el usuario en las condiciones que se informan en los Términos y Condiciones de la "APP SEMM".

Protección de Datos Personales

Quien/es suscribe/n el presente documento, declara/n haber sido informado/s y aceptar que, en cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP):

El tratamiento de los datos personales declarados tiene como finalidad el envío de información y realizar las comunicaciones necesarias para adherir a su hijo/a/menor a cargo a la APP SEMM, así como para el envío de los informes médicos correspondientes a sus atenciones en policlínicos o



en domicilio y para realizarle válidamente cualquier comunicación a través del mismo vinculadas al contrato de asistencia médica. Como finalidad accesoria SEMM podrá emplear los datos identificatorios y/o de contacto para remitirle ofertas comerciales sobre productos y servicios propios o de terceros colaboradores no incompatibles con los que brinda SEMM e información sobre las acciones de marketing que vayan a llevar a cabo (entre las que podrán figurar, campañas, proyectos, sorteos, concursos, eventos de cualquier tipo y temática), la realización de encuestas de satisfacción y envío de newsletters (todo ello incluso por medios electrónicos o a distancia).

Los datos declarados son obligatorios y necesarios para las finalidades informadas y la negativa a proporcionarlos o su inexactitud, tiene como consecuencia la imposibilidad de cumplir con las mismas.

Los datos personales declarados no serán comunicados salvo las excepciones establecidas en la Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data, de 11 de agosto de 2008 (LPDP) y la realizada a terceros colaboradores cuando su comunicación resulte necesaria para las finalidades informadas y aceptadas.

SEMM es el responsable de las bases de datos que emplea para sus actividades, las cuales se encuentran debidamente registradas ante la URCDP, de conformidad con lo previsto en la Ley Nro. 18.331 y los Decretos Nro. 664/008 y 414/009, quien tratará los datos con el grado de protección adecuado, tomando las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros.

La dirección para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión, es en la sede de SEMM, en Br. Artigas 864, Montevideo.

E-mail del usuario _____

(Firma padre/tutor) _____

(Aclaración) _____

(Firma madre/tutor) _____

(Aclaración) _____

Otorgo permiso de acceso a mi información clínica a:

Nombre: _____ C.I.: _____ E-mail del autorizado _____

Nombre: _____ C.I.: _____ E-mail del autorizado _____

No otorgo permiso de acceso a mi información clínica a:

(Firma asociado menor de edad) _____

(Aclaración) _____