

Formulario de Ejercicio de Derechos de Protección de Datos (ARCO+)

RABEN Ecuador

Última actualización: octubre 2025

1. Datos del solicitante

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de identificación (cédula/pasaporte): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. Datos de contacto

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (opcional): \_\_\_\_\_

3. Relación con el titular de los datos

Soy el titular de los datos

Soy representante legal del titular

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Documento que acredita la representación: \_\_\_\_\_

4. Derecho que desea ejercer (marque lo que corresponda)

Acceso a mi historia clínica / datos personales

Rectificación o actualización de datos

Supresión de datos (cuando proceda legalmente)

Oposición al tratamiento

Portabilidad de los datos

Limitación del tratamiento

5. Detalle de la solicitud

@rabenecuador     





MEDICINA ALTERNATIVA FUNCIONAL

Eduardo Flores Villegas

a tu lado en todo momento!!.

(Explique brevemente qué información desea rectificar, acceder, portar, etc.)

6. Medio de respuesta preferido

Correo electrónico

Entrega física en oficina

7. Declaración de veracidad

Declaro que la información proporcionada en este formulario es veraz y que soy el titular de los datos o su representante legal debidamente autorizado.

8. Firma y fecha

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



@rabenecuador     



 0958843830  citas@raben-ecuador.com  raben-ecuador.com