

Nº HªCª:

Nº REG:

## SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

### USUARIO/PACIENTE:

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE LEGAL:

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

Es imprescindible la presentación del DNI, y en su caso documentación que acredite que es el representante legal del paciente.

#### INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales facilitados en este formulario serán tratados por la Gerencia de Atención Especializada de Salamanca, con la finalidad de atender, gestionar y registrar las solicitudes de Documentación Clínica. El tratamiento de estos datos es necesario para el ejercicio de poderes públicos y cumplimiento de obligaciones legales. Estos datos no se cederán a terceros, excepto para el cumplimiento de una obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos cuando éstos no sean necesarios para las finalidades descritas y no exista una obligación legal de mantenimiento, así como a oponerse al tratamiento y limitar el mismo, en los mismos términos indicados respecto al derecho de supresión. Podrá ejercitar tales derechos mediante escrito dirigido a Paseo San Vicente 58-182.37007. Salamanca. O mediante correo electrónico a [dpd@saludecastillayleon.es](mailto:dpd@saludecastillayleon.es) La solicitud deberá contener el nombre y apellidos del interesado, fotocopia de su DNI (o en su caso, pasaporte), petición en que se concreta la solicitud, domicilio a efectos de notificación, fecha, firma y documentos acreditativos de la petición que se formula.

MOTIVO DE LA SOLICITUD \_\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Recoger en el SAU

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

Enviar por correo

Autorizo a: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

a recoger la documentación solicitada. RECIBÍ: Fecha y Firma

## INFORMACIÓN PARA SOLICITAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (REQUISITOS LEGALES)

El **PACIENTE** puede solicitar la documentación que precise de su Historia Clínica presentando en el Servicio de Atención al Usuario:

- Hoja de solicitud debidamente cumplimentada y firmada.
- Fotocopia del D.N.I.

Los **MENORES DE 14 AÑOS** pueden solicitar dicha documentación a través de representante legal (padres o tutores), presentando:

- Hoja de solicitud debidamente cumplimentada.
- Fotocopia del D.N.I del representante legal.
- Fotocopia del documento que acredite el grado de parentesco o tutoría (libro de familia, partida de nacimiento, documentos notariales, judiciales, etc...).
- Fotocopia del documento que le acredite el derecho en caso de divorcio patria potestad compartida).

Las **PERSONAS INCAPACITADAS** pueden solicitar dicha documentación a través del tutor legal, presentando:

- Hoja de solicitud debidamente cumplimentada.
- Fotocopia del D.N.I. del tutor.
- Fotocopia del D.N.I. de la persona incapacitada.
- Fotocopia del documento acreditativo del nombramiento del tutor.

En caso de **PERSONAS FALLECIDAS**, los interesados (**cónyuge, hijos o herederos**, pueden solicitar dicha documentación presentando:

- Hoja de solicitud debidamente cumplimentada.
- Fotocopia del D.N.I. del interesado que formula la petición.
- Fotocopia del Certificado de defunción del paciente en caso de que haya fallecido fuera del hospital.
- Documentación acreditativa del grado de consanguinidad o vinculación con el fallecido (libro de familia, partida de nacimiento, documentos notariales o judiciales).
- En caso de hijos o herederos el solicitante tendrá que aportar la autorización del resto de hijos o herederos para tener acceso a dicha documentación.

(Decreto 101/2005 por el que se regula la Historia Clínica, salvo que acredite una causa que lo justifique. **usted no podrá acceder a los mismos datos hasta que no haya transcurrido 6 meses desde el acceso anterior.**)