

## SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

NºHªCa:

NºREG:

En el caso de que desee tramitar esta solicitud por correo electrónico, enviar a: **siau.husa@saludcastillayleon.**

### USUARIO/PACIENTE:

Nombre y apellidos del usuario:

DNI:

Teléfono:

Domicilio:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Correo electrónico:

### REPRESENTANTE LEGAL:

**En su caso:**

Nombre y apellidos del representante:

DNI

Teléfono:

Domicilio:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Correo electrónico:

Motivo de la solicitud:

Servicio:

Documentación solicitada:

Fecha:

Firma:

### Recoger en:

CAUSA

Envío correo ordinario

**\*Por favor, revise bien la dirección del domicilio, porque se le enviará la respuesta por correo postal.**

### Autorizo a:

Nombre:

Apellidos:

DNI:

### Recibí de la documentación:

Lugar:

Fecha:

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 y firmada.**
- 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 y firmada.**
- 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 y firmada.**
- Fotocopia del D.N.I. del interesado que formula la petición y paciente.
- Fotocopia del Certificado de defunción del paciente en caso de que haya fallecido fuera del hospital.
- Fotocopia del documento que acredite el grado de consanguinidad o vinculación con el fallecido (libro de familia, partida de nacimiento, documentos notariales o judiciales).

(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.**)

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 **dpd@saludcastillayleon.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.