

Con el fin de garantizar la confidencialidad de la historia clínica, **será imprescindible realizar la solicitud o la recogida de la documentación de forma presencial**, previa identificación del paciente o su representante (art. 14 del Decreto 101/2005 de 22 de diciembre). En caso de que la solicitud la realice de forma presencial, deberá especificar en la propia solicitud la forma en la que desea que se le entregue la documentación. En el caso de que la solicitud la realice de forma no presencial, **la recogida de la copia de la historia clínica será presencial en todo caso.**

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

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 PROVISTAS DE MEDIDAS DE APOYO PARA EL EJERCICIO DE CAPACIDAD JURÍDICA**, pueden solicitar dicha documentación a través de la persona que ejerza la guarda o medidas de apoyo.

- **Hoja de solicitud debidamente cumplimentada y firmada.**
- Fotocopia del D.N.I. de la persona que ejerza la guarda y/o las medidas de apoyo.
- Fotocopia del D.N.I. de la persona provista de las medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.
- Fotocopia del documento acreditativo de las medidas de apoyo.

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.