



Yo, _____

con DNI nº _____ Teléfono (s) _____ HC _____

Autorizo a _____

con DNI nº _____ Teléfono (s) _____

Solicitar/recoger copia de los siguientes documentos de mi historia clínica:

- Informe de alta -Informe de biopsia
- Radiodiagnóstico Informe Imágenes de _____
(Rx- RMN-TAC-Ecografía)
- Otra prueba diagnóstica _____
(Especificar cuál)
- Parte de la HC _____
(Especificar cuál)

Observaciones (conveniente precisar las (s) fechas):

Si desea expresamente que los informes sean enviados por correo electrónico, por favor, notifíquenos la misma _____

Se le enviará encriptada con programa winzip con la clave **2468** (verificar disponibilidad de esta opción)

Firma del paciente solicitante: _____ Fecha: ____/____/____

DATOS DE LA RECEPCIÓN

Firme del usuario que recibe: _____ Fecha: ____/____/____

A RELLENAR POR EL SERVICIO DE ADMISIÓN/DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Entregado por: _____ (Nombre y apellidos) Firma _____

Fecha ____/____/____ (Visto bueno Documentación Clínica)

"LOS DATOS PERSONALES QUE USTED FACILITA, SE TRATAN CON LA FINALIDAD DE GESTIONAR, CONTROLAR Y ATENDER LAS SOLICITUDES REFERENTES A SU DOCUMENTACIÓN CLÍNICA O LA DE LA PERSONA QUE LE HAYA AUTORIZADO A TAL EFECTO, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS. EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES QUE USTED PROPORCIONE SERÁ EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE TENERIFE.

SUS DATOS ÚNICAMENTE SERÁN COMUNICADOS, EN LA MEDIDA EN QUE DICHA COMUNICACIÓN SEA NECESARIA U OBLIGATORIA DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE. SUS DATOS PERSONALES NO SERÁN OBJETO DE DECISIONES AUTOMATIZADAS O TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES. UNA VEZ QUE DEJEN DE SER NECESARIOS, SERÁN CONSERVADOS DE ACUERDO A LOS PLAZOS LEGALMENTE PREVISTOS, TRAS LO CUAL SE SUPRIMIRÁN.

PODRÁ EJERCER SUS DERECHOS COMO AFECTADO, EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS POR LA NORMATIVA, EN ESTE SENTIDO, PODRÁ DIRIGIRSE A LA DIRECCIÓN: CARRETERA GENERAL SANTA CRUZ-LA LAGUNA, CP 38009 SANTA CRUZ DE TENERIFE O CONTACTAR CON NUESTRO DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS A TRÁVES DEL EMAIL: CO7_DPO@sjd.es. IGUALMENTE PODRÁ PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN ANTE LA AUTORIDAD DE CONTROL (AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS).

La solicitud de la documentación puede realizarse presencialmente en el mostrador de Admisión, o a través de email (previa firma y escaneo del formulario) a la dirección tenerife.documentacionclinica@sjd.es . En caso de dudas puede contactar con el servicio a través de esta dirección. Deberá adjuntarse fotocopia del DNI del paciente y del autorizado. El plazo de respuesta es de aproximadamente 15 días laborales, salvo circunstancias especiales.

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA