

Yo, \_\_\_\_\_

con DNI nº \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_

en condición de \_\_\_\_\_ con motivo de \_\_\_\_\_

Solicito copia de los siguientes documentos de la historia del paciente:

con DNI \_\_\_\_\_ HC \_\_\_\_\_

- 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 solicitante: \_\_\_\_\_

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

**DATOS DE LA RECEPCIÓN**

Firme del usuario que recibe: \_\_\_\_\_

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

**A RELLENAR POR EL SERVICIO DE ADMISIÓN/DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

Entregado por: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(Nombre y apellidos)

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 TRAVÉS DEL EMAIL: C07\_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](mailto: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 solicitante. El plazo de respuesta es de aproximadamente 15 días laborales, salvo circunstancias especiales.**