Hospital San Juan de Dios Tenerife

S O L I C I T U D D E A C C E S O A L A D O C U M E N T A C I Ó N C L Í N I C A

DATOS DEL PACIENTE/USUARIO

Apellidos: _____Nombre _____ DNI_____ F. Nacim: _____

HC: _____ Email : _____teléfono_____

Dirección_____ Municipio _____CP _____

EN CASO DE SOLICITUD POR UN TERCERO

Apellidos: _____Nombre _____ DNI_____

Email : _____Teléfono_____

Dirección _____Municipio _____CP _____

Situación actual del paciente: ___Incapacitado ____Menor ___ Fallecido

Declaración Jurada del Solicitante:
Declaro bajo mi responsabilidad, que reúno todos los requisitos que establece la legislación vigente para acceder a la documentación que solicito, como manifiesto en la solicitud en la documentación aportada.

Firma del solicitante

Fecha: _____/_____/_____

DOCUMENTACION SOLICITADA

Solicita:

_____
_____
_____
_____

Fecha(s) de asistencia cuya documentación se solicita: _____

FIRMA USUARIO/PACIENTE QUE RECIBE LA DOCUMENTACIÓN:

Firma de quien recibe

Fecha: _____/_____/_____

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE ADMISIÓN /DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Firma de quien entrega

Firme de quien autoriza

Los datos personales que faculta, pretenden gestionar y atender las solicitudes referentes a la documentación clínica de la persona autorizada, 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. Sus datos solo se comunicarán si esa comunicación es necesaria u obligatoria, según 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 con los plazos legalmente previstos, tras lo cual se suprimirán. Puede 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 entrega de la documentación solicitada está sometida a un procedimiento administrativo y por tanto a unos plazos determinados, que en principio no deberán superar los 30 días hábiles, en cuya fecha nos comunicaremos con la persona solicitante. En caso de solicitud por un tercero, deberá adjuntarse fotocopia del D.N.I./N.I.E/ pasaporte del paciente. Si lo desea, le recomendamos, que para evitar la indebida utilización del D.N.I./N.I.E./pasaporte, la copia puede hacerse en blanco-negro y/o sobrescribir sobre esta la firma del paciente u otra nota/marca. En principio es suficiente con copia de la cara anterior, salvo en determinados casos. Al recoger la documentación presencialmente deberá identificarse con su DNI original ante el personal del centro.

En caso de solicitar el envío de la documentación por correo electrónico, la documentación solicitada le será enviada de forma protegida en formato winzip, con una clave que será el número de D.N.I./N.I.E/ pasaporte (en todos los casos con letra en mayúscula) del paciente (no del solicitante, de no ser el mismo).

PERSONAS QUE PUEDEN SOLICITAR ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

El paciente es quien puede solicitar el acceso a la historia clínica, ya sea de forma directa o a través de representación debidamente acreditada:

CASOS	PERSONAS HABILIDADAS	DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA
☐ **Paciente (>18 años)**	El propio paciente	– Mostrar el DNI u otro documento que acredite su identidad.
☐ **Paciente mayor de 14 años y menor de 18 años.**	El propio paciente	– Mostrar el DNI u otro documento que acredite su identidad.
	Padre titulares de la patria potestad.	– Mostrar el DNI del menor de edad para identificar al paciente y progenitores. – Mostrar el DNI del padre/madre. – Libro de familia.
☐ **Menor/ Padres divorciados**	Progenitor que ostente la patria potestad. Representante legal	– Mostrar el DNI del paciente/menor. – Comprobar nombres de los progenitores en parte trasera. – Fotocopia parte delantera del DNI del representante legal
☐ **Paciente Fallecido**	Personas vinculadas al paciente, familiares (cónyuge, ascendientes, descendientes y hermanos) o, de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. Personas designadas por el fallecido para el ejercicio de las acciones previstas en la Ley Orgánica 1/1982 o tuviera la condición de heredero del fallecido.	– Fotocopia de la parte delantera del DNI del solicitante. – Libro de familia. – Documento acreditativo de representante legal en su caso. – Certificado de defunción. (En caso de que el paciente no haya fallecido en el Centro). – Condición de Heredero. – Apoderamiento.
☐ **Paciente incapacitado**	Representante legal	– Mostrar el DNI del representante legal. – Documento acreditativo de representante legal. – Fotocopia de la sentencia judicial de incapacitación.
☐ **Autorizado**	Persona autorizada a solicitar y recoger en nombre del paciente una historia clínica.	– Fotocopia de la parte delantera del DNI del paciente y de la persona autorizada. – Autorización firmada por el paciente.
☐ **Apoderado**	Apoderado	– Mostrar DNI del apoderado. – Poder notarial que permita actuar y practicar actos en nombre del paciente.

Los datos personales que faculta, pretenden gestionar y atender las solicitudes referentes a la documentación clínica de la persona autorizada, 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. Sus datos solo se comunicarán si esa comunicación es necesaria u obligatoria, según 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 con los plazos legalmente previstos, tras lo cual se suprimirán. Puede 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 entrega de la documentación solicitada está sometida a un procedimiento administrativo y por tanto a unos plazos determinados, que en principio no deberán superar los 30 días hábiles, en cuya fecha nos comunicaremos con la persona solicitante. En caso de solicitud por un tercero, deberá adjuntarse fotocopia del D.N.I./N.I.E/ pasaporte del paciente. Si lo desea, le recomendamos, que para evitar la indebida utilización del D.N.I./N.I.E./pasaporte, la copia puede hacerse en blanco-negro y/o sobrescribir sobre esta la firma del paciente u otra nota/marca. En principio es suficiente con copia de la cara anterior, salvo en determinados casos. Al recoger la documentación presencialmente deberá identificarse con su DNI original ante el personal del centro.

En caso de solicitar el envío de la documentación por correo electrónico, la documentación solicitada le será enviada de forma protegida en formato winzip, con una clave que será el número de D.N.I./N.I.E/ pasaporte (en todos los casos con letra en mayúscula) del paciente (no del solicitante, de no ser el mismo).