

Nº REGISTRO	
Nº HISTORIA	

SOLICITUD COPIA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

MOTIVO DE SU SOLICITUD.....

PACIENTE **MENOR** **FALLECIDO** **INCAPACITADO**

NOMBRE.....

APELLIDOS.....

D.N.I.....

DOMICILIO.....

LOCALIDAD.....PROVINCIA.....CP.....

FECHA NACIMIENTO...../...../.....

TFNO. / MÓVIL...../...../.....

E-MAIL.....

SOLICITANTE

RELACIÓN CON EL PACIENTE.....

NOMBRE.....

APELLIDOS.....

DNI.....TFNO.MÓVIL.....

SOLICITUD DE COPIAS

ESPECIALIDADES.....

INFORMES DE: CONSULTAS HOSPITALIZACIÓN URGENCIAS

PRUEBAS:

OTROS:.....

FECHA: DESDE.....HASTA.....

FECHA SOLICITUD

FIRMA

FECHA ENTREGA

FIRMA

CUPLIMENTAR POR ATENCION AL PACIENTE

ENTREGADO POR:

DESTRUIR COPIA



INSTRUCCIONES

A. LEGISLACIÓN APLICABLE.

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de **Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la **Autonomía del Paciente**.
- Ley 12/2001 de 21 de diciembre de **Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid**.

B. CONSIDERACIONES:

- El plazo para resolver su solicitud es de un mes a contar desde la recepción de la presente solicitud, prorrogable por dos meses más, según la complejidad y número de solicitudes.
- Para poder tramitar su solicitud será necesario la cumplimentación de todos los campos, concretando lo máximo posible.
- El derecho de acceso que se ejerce mediante la presente solicitud sólo podrá ser ejercitado a intervalos no inferiores a 6 meses, salvo que haya una causa que lo justifique.

C. TRÁMITES ADMINISTRATIVOS.

La información contenida en la Historia Clínica pertenece por derecho al paciente, por ello si no es el mismo paciente el que requiere la documentación se deberá aportar la que se exija en cada caso:

- 1- **PACIENTE TITULAR** de la Documentación Solicitada: Junto a la solicitud deberá aportar DNI o pasaporte.
- 2- **INTERESADOS QUE NO SEAN PACIENTES TITULARES** de la documentación y que soliciten documentación:
 - 2.1 **Paciente con capacidad para consentir.**
 - Autorización expresa del paciente y fotocopia del DNI.
 - Fotocopia del DNI de la persona autorizada por el paciente.
 - 2.2 **Paciente incapacitado:**
 - Fotocopia del documento acreditativo del nombramiento del tutor.
 - Fotocopia del DNI del paciente.
 - Fotocopia del DNI del tutor.
 - 2.3 **Paciente fallecido:**
 - Fotocopia del certificado de defunción del paciente, en el caso de no haber fallecido en este Hospital.
 - Fotocopia del DNI del cónyuge, ascendiente o descendiente.
 - Fotocopia del documento acreditativo del parentesco (libro de familia, poder notarial, certificado de nacimiento...).
 - 2.4 **Paciente menor de edad:**
 - Padres del menor: Fotocopia del documento acreditativo del parentesco (libro de familia, certificado Registro Civil) y fotocopia del DNI.
 - Tutor del menor: Fotocopia del documento acreditativo del nombramiento del tutor y fotocopia del DNI.

De suscitarse dudas sobre el legítimo interés del solicitante, se le requerirá la documentación pertinente a tal fin. Si persistiera la duda, se denegará de forma motivada la solicitud.

La **RECOGIDA** de documentación se realizará en el Servicio de Atención al Paciente, de lunes a viernes laborables de **8:15 a 20:00 horas**. Se le avisará previamente al teléfono/email facilitados en la solicitud, cuando dispongamos de la misma.

Si en el plazo de un mes desde el aviso no es retirada la documentación, se procederá a la destrucción de las copias, permaneciendo los originales en su Historia Clínica.

