

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

DATOS DEL PACIENTE / USUARIO

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE ASISTENCIA CUYA DOCUMENTACIÓN SE SOLICITA _____ E-MAIL _____

DIRECCIÓN _____ MUNICIPIO _____ CÓDIGO POSTAL _____

SOLICITANTE:

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ DNI _____ TELÉFONO _____

Situación actual del titular: 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 presente solicitud en la documentación aportada.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

SOLICITA:

TIPO DE ASISTENCIA QUE GENERÓ LA H.C.:

Hospitalización médica Hospitalización quirúrgica Ambulatoria Urgencias Otros (especificar) _____

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVOS

Nº DE HC EN TICARES:

Nº ORDEN HC DE HOSPITALIZACIÓN:

Solicitante: _____ En Granada a _____ / _____ /20_____

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales, le informamos de que sus datos serán incorporados a un fichero de titularidad del Hospital San Rafael OHSJD con la finalidad de controlar y gestionar la recogida de documentación clínica del paciente. En este sentido, le reiteramos nuestro compromiso de uso responsable y confidencial de los datos de carácter personal. No obstante, cuando usted lo desee podrá ejercer sus derechos enviando una carta al Hospital San Rafael OHSJD, con la referencia 'Protección de datos' a la siguiente dirección: Calle San Juan de Dios, 19 CP 18001 Granada