

## ANEXO IV: FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA SOLICITAR Y RECOGER HISTORIAS CLÍNICAS.

Yo, ..... con DNI  
nº..... Teléfono.....  
HC..... Autorizo a ..... con DNI  
nº.....Teléfono:.....  
...

Solicitar/Recoger copia de los documentos incluidos en mi solicitud de documentación clínica.

Observaciones: (Conveniente precisar las fechas):

Firma del paciente solicitante:

Fecha

.../.../.....

---

Datos de la recepción

Firma del usuario que recibe:

Fecha

.../.../.....

A RELLENAR POR EL SERVICIO DE ADMISIÓN/DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Firma:

Fecha .../.../.....

Los datos personales que faculta pretenden gestionar y atender las solicitudes referentes a la documentación clínica o la 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 Hospital San Rafael - OHSJD. 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, podrá ejercer sus derechos como afectado, en los términos previstos por la normativa, en este sentido, podrá dirigirse a la dirección Calle San Juan de Dios 19 CP 18001 Granada o contactar con nuestro delegado de protección de datos, a través del e-mail: c14\_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, por lo que no podrá entregarse el mismo día, en cuya fecha le llamaremos para que acuda a recogerlo por Admisión. Deberá adjuntarse fotocopia de la parte delantera del DNI del solicitante. Deberá adjuntar fotocopia del DNI del solicitante y del paciente.