

DATOS DEL PACIENTE/USUARIO

APELLIDOS	NOMBRE	NIF	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____	_____
FECHA DE ASISTENCIA CUYA DOCUMENTACIÓN SE SOLICITA:			TELÉFONO
_____			_____
DIRECCIÓN	MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	E-MAIL
_____	_____	_____	_____

SOLICITANTE

APELLIDOS	NOMBRE	NIF	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 HISTORIA CLÍNICA

☐ Hospitalización médica ☐ Hospitalización quirúrgica ☐ Ambulatoria ☐ Urgencias ☐ Otros: _____

AUTORIZACIÓN A TERCEROS (Cumplimentar este apartado sólo para autorizar a terceros)

NOMBRE	APELLIDOS	NIF	TELÉFONO
_____	_____	_____	_____

Autorizo a: _____

A solicitar/recoger copia de los documentos incluidos en esta solicitud de documentación clínica

Firma del solicitante

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVOS

Nº DE HC EN TICARES

Firma/sello recepción Servicio de HHCC

En _____ 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 de Granada 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 a C14_dpo@sjd.es con la referencia 'Protección de datos' a la siguiente dirección: Calle San Juan De Dios, 19 18001 Granada.

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
<input type="checkbox"/> Paciente (>18 años)	El propio paciente	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar el DNI u otro documento que acredite su identidad.
<input type="checkbox"/> Paciente mayor de 14 años y menor de 18 años.	El propio paciente	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar el DNI u otro documento que acredite su identidad.
	Padre titulares de la patria potestad.	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar el DNI del menor de edad para identificar al paciente y progenitores. Mostrar el DNI del padre/madre. Libro de familia.
<input type="checkbox"/> Menor/ Padres divorciados	Progenitor que ostente la patria potestad.	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar el DNI del paciente/menor. Comprobar nombres de los progenitores en parte trasera. Fotocopia parte delantera del DNI del representante legal
	Representante legal	
<input type="checkbox"/> 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.	<ul style="list-style-type: none"> 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.
	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.	
<input type="checkbox"/> Paciente incapacitado	Representante legal	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar el DNI del representante legal. Documento acreditativo de representante legal. Fotocopia de la sentencia judicial de incapacitación.
<input type="checkbox"/> Autorizado	Persona autorizada a solicitar y recoger en nombre del paciente una historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia de la parte delantera del DNI del paciente y de la persona autorizada. Autorización firmada por el paciente.
<input type="checkbox"/> Apoderado	Apoderado	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar DNI del apoderado. Poder notarial que permita actuar y practicar actos en nombre del paciente.