

**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
--------	-----------	-----	----------

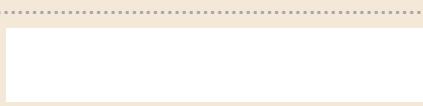
Autorizo a:

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

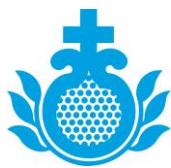
Nº DE HC EN TICARES



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.
<input type="checkbox"/> Menor/ Padres divorciados	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.
	Progenitor que ostente la patria potestad.	<ul style="list-style-type: none">- Mostrar el DNI del paciente/minor.- Comprobar nombres de los progenitores en parte trasera.- Fotocopia parte delantera del DNI del 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.