



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL
Granada

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

NHC:

--	--	--	--	--	--

Nº Registro: _____

IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

INSTRUCCIONES AL DORSO

Datos del paciente

Nombre _____ DNI: _____
Apellidos _____ C.P.: _____
Domicilio: _____ Tfno. _____
Localidad _____ Provincia _____ Móvil _____

Datos del solicitante

Nombre _____ DNI: _____
Apellidos _____ C.P.: _____
Domicilio: _____ Tfno. _____
Localidad _____ Provincia _____ Móvil _____

Documentación que solicita:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____

No rellene los espacios sombreados

<u>A cumplimentar por el SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO:</u> Documentación aportada:		
DNI/PASAPORTE/NIE <input type="checkbox"/> LIBRO DE FAMILIA <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/>		
OTROS: _____		
Validación de copias: <i>(firma SAU)</i>	Firma y DNI del solicitante:	
Fecha de recepción de solicitud:		
<u>A cumplimentar por el SERVICIO DE ARCHIVO:</u> <i>(en caso de no remitir lo solicitado especificar causa)</i>		
Fecha de recepción de impreso de solicitud:...../...../.....		
1. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	2. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	3. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Especificar causa:	Fecha de envío:..../..../.....	

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN:

Con fecha...../...../.....se hace entrega a D/Dña..... de la documentación solicitada, habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada, declara, que bajo su responsabilidad, reúne todos los requisitos que establece la legislación vigente para acceder a la documentación que solicita, respetando la Ley 41/2002, Ley 3/2018 y el Reglamento General (2016/679).

Firma Servicio Atención al Usuario:

Recibí (firma y DNI):



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL
Granada

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

POR SU INTERÉS, ANTES DE RELLENAR EL IMPRESO LEA ATENTAMENTE ESTA INFORMACIÓN

La **Ley 41/2002** de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece que el paciente tiene derecho de acceso a la documentación que obre en su historia clínica, salvo determinadas excepciones que contempla la Ley.

Los datos personales y relativos a la salud de los pacientes son confidenciales y están sujetos a un régimen de protección, regulado en el **Reglamento General (2016/679)** y **Ley 3/2018**, de 5 de diciembre de Protección de Datos.

Si desea solicitar documentación clínica LE INFORMAMOS que:

1. El Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario San Rafael le facilitará un **impreso de solicitud** para su debida cumplimentación.
2. Es necesario que **en la solicitud conste el tipo de documento clínico que necesita**.
3. 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**.
4. **Si su médico le entrega en consulta algún documento, guárdelo**, pues pudiera serle útil en el futuro.
5. La solicitud de documentación clínica le compromete a su retirada

REQUISITOS NECESARIOS PARA SOLICITAR/RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Sólo se facilitará el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él/ella por razones familiares o de hecho, salvo que el/la fallecido/a lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite (artículo 18.4 de la Ley 41/2002).

Es preciso cumplimentar el impreso de solicitud y aportar la documentación siguiente tanto para la solicitud como para la retirada:

- ✓ **Titular de la documentación: debe presentar DNI.**
- ✓ **Solicitante distinto del Titular: debe presentar DNI de ambos y autorización del paciente por escrito.**
- ✓ **Si el titular de la documentación es menor de edad: debe presentar libro de familia y DNI del solicitante.**
- ✓ **Si el titular ha fallecido: debe presentar DNI de ambos, libro de familia y parte de defunción si ha fallecido en otro hospital.**
- ✓ **Si el titular de la documentación está incapacitado legalmente: debe solicitarlo el tutor legal, la acreditación de tutoría legal y DNI de ambos.**

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Una vez que dispongamos de copia de la documentación solicitada, se le avisará por teléfono indicándole que puede pasar a recogerla en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario San Rafael.

Le informamos que la documentación clínica solicitada deberá ser retirada en un plazo de 6 meses desde su solicitud, si no será destruida.

ES MUY IMPORTANTE QUE SU DIRECCIÓN POSTAL Y SU TELÉFONO MÓVIL ESTEN CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADOS EN EL IMPRESO DE SOLICITUD