



## **SOL·LICITUD DE DOCUMENTACIÓ ASSISTENCIAL**

### **Dades del titular de la història clínica**

Núm. Història Clínica:

Nom i Cognoms:

Data de naixement:

DNI:

### **Dades de la persona que demana la documentació assistencial**

Nom i Cognoms:

DNI:

Adreça:

Població:

Telèfon/s de contacte:

Grau de vinculació familiar:

EXPOSA el seu desig d'accedir a l'historial clínic objecte de tractament per HOSPITAL SAGRAT COR, en virtut de l'establert en l'article 18 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica i 13 de la Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació relatius a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

Documentació sol·licitada:

Motiu de la sol·licitud:

Signatura

En

, a

### **Justificant de la recepció**

Documentació que es lliura:

<u>Tipus de documentació</u>	<u>Data prova</u>	<u>Quantitat</u>	<u>Descripció</u>
------------------------------	-------------------	------------------	-------------------

Signatura

Lloc i data:

HOSPITAL SAGRAT COR, garanteix que s'han pres totes les mesures tècniques i organitzatives necessàries per garantir el dret d'accés a la història clínica, protegir les dades personals recollides i evitar la seva destrucció o la seva pèrdua accidental, així com l'accés, alteració, comunicació o qualsevol altre tractament no autoritzat, de conformitat amb el determinat a l'art. 17 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica i art. 12 de la Llei 16/2010, de 3 de juny, de modificació de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació relatius a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

HOSPITAL SAGRAT COR, informa que l'accés per part del pacient a la documentació de la història clínica no pot exercitar-se en perjudici del dret de terceres persones a la confidencialitat de les dades que consten en ella recollits en interès terapèutic del pacient, ni en perjudici del dret dels professionals participants en la seva elaboració, els quals poden oposar al dret d'accés la reserva de les seves anotacions subjectives.

Vostè podrà exercir els drets d'accés i informació, rectificació, supressió o, si escau, limitació o oposició de les seves dades, en els termes especificats en el Reglament General de Protecció de Dades de Caràcter Personal, conforme al procediment legalment establert. Aquests drets podran ser exercits dirigint comunicació per escrit, degudament signada, acompanyada de fotocòpia del DNI, al nostre delegat de protecció de dades (dpd.hsagratcor@hospitalarias.es). En cas de considerar vulnerat el seu dret a la protecció de dades personals, podrà presentar una reclamació davant l'Agencia Española de Protecció de Dades (www.agpd.es).

#### **Normes de Lliurament:**

- **La documentació sol·licitada es lliurarà en un termini màxim d'un mes des de la data de la sol·licitud.**
- **Cal portar el DNI original o el passaport de l'interessat. En cas contrari no es podrà lliurar la documentació.**
- **L' horari del Servei d'Admissions és de dilluns a divendres de 9 a 14 hores.**
- **En el cas que qui reculli la documentació no sigui el propi interessat, s'ha de portar:**
  - **Autorització correctament complimentada (model annex 3).**
  - **Fotocòpia del DNI de l'interessat de la informació de la història clínica.**
  - **DNI o passaport original de la persona autoritzada a recollir la documentació.**
- **En el cas de menors d'edat, adjuntar: Còpies del DNI del sol·licitant i pacient, llibre de família o certificat de naixement**
- **En el cas d'incapacitats legals, adjuntar: Còpies del DNI del sol·licitant i pacient, nomenament legal del tutor)**