RESTABLECER IMPRIMIR GUARDAR

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

Nº de registro ARCO

ACCESOS PRODUCIDOS POR LOS PROFESIONALES A LA HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

SOLICITUD DIRIGIDA AL CENTRO SANITARIO: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: ..... Nº Doc. identidad: .....

2. DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)

Nombre y apellidos: ..... Nº Doc. identidad: .....

Vinculación entre solicitante y paciente: ☐ Cónyuge/pareja ☐ Hijo/a ☐ Padre/madre ☐ Otro (especificar) .....

Autorizo a la persona que consta como solicitante para que actúe en mi nombre, para solicitar y recibir los accesos producidos a mi historia de salud. Firma del paciente

Fecha: ..../..../.....

3. DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Cód. postal: ..... Correo electrónico: .....

Teléfonos de contacto: ...../..... Los datos corresponden a: ☐ Paciente ☐ Solicitante

4. ÁMBITO Y PERIODO ASISTENCIAL EN LOS QUE REQUIERE LA BÚSQUEDA DE LOS ACCESOS PRODUCIDOS

☐ Hospitalización ☐ Consultas externas ☐ Urgencias ☐ Atención primaria

Desde: ..../..../..... hasta: ..../..../.....

5. SOLICITA

Al amparo de la normativa vigente, Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, **formular la petición de accesos producidos por los profesionales a la historia de salud anteriormente especificada:**

En ..... a ..... de ..... de .....

PERSONA PETICIONARIA

Fdo.: .....

6. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (*)

☐ Fotocopia del DNI, NIE o pasaporte en vigor del paciente.
☐ Fotocopia del DNI, NIE o pasaporte en vigor del solicitante.
☐ Fotocopia del certificado de defunción.
☐ Fotocopia de la documentación que acredite el parentesco.
☐ Fotocopia del documento Judicial de emancipación (en caso de menor emancipado).
☐ Fotocopia de la Sentencia Judicial de otorgamiento de tutoría (en caso de incapacitación).

En caso de menores con padres divorciados, separados legalmente o en cualquier otra situación tras el cese de la convivencia:

☐ Fotocopia de la Sentencia Judicial actualizada que resuelve la situación del menor o de eventuales medidas acordadas.
☐ Declaración jurada de que no existen medidas cautelares de protección del menor.
☐ Otra documentación.

(*) Si se presenta el documento original junto a la fotocopia, no es necesario que esta sea compulsada, condición necesaria en caso de no presentar dicho original

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

INSTRUCCIONES GENERALES

Se rellenará utilizando letra mayúscula para facilitar la lectura de los datos.

Los apartados que rellenará exclusivamente el paciente o, en su caso, el/la representante, serán los siguientes: "SOLICITUD DIRIGIDA AL CENTRO SANITARIO", "1. DATOS DEL PACIENTE", "2. DATOS DEL SOLICITANTE", "3. DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN", "4. ÁMBITO/S Y PERIODO ASISTENCIAL EN LOS QUE REQUIERE LA BÚSQUEDA DE LOS ACCESOS PRODUCIDOS", "5. SOLICITA", "6. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR".

DATOS IMPRESCINDIBLES

La no aportación de alguno de los datos que a continuación se especifican, conllevará la suspensión temporal del procedimiento de tramitación de la solicitud, en tanto no sea subsanada (plazo 10 días hábiles, sin contar los sábados) por el/la paciente o el/la representante (Artículo 22 de la ley 39/2015 de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas).

1. DATOS DEL PACIENTE

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
- Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte en vigor (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir) o, en su defecto NUHSA.

2. DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, solo un apellido).
- Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte en vigor (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir).
- Vinculación con el paciente (aportar la documentación que justifique la vinculación. En caso de fallecimiento del paciente, aportar también el certificado de defunción).
- Autorización por parte del/la titular de la historia clínica firmada.

3. DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

- Domicilio.
- Localidad.
- Provincia.
- Código Postal.
- Correo electrónico.
- Teléfonos de contacto.
- Los datos corresponden a: (en función de que el domicilio sea del paciente o solicitante).

4. ÁMBITO Y PERIODO ASISTENCIAL EN LOS QUE REQUIERE LA BÚSQUEDA DE LOS ACCESOS PRODUCIDOS

- Cumplimentar en que ámbitos asistenciales se hace la petición.
- Acotar las fechas de búsqueda.

5. SOLICITA

- Cumplimentar el lugar y la fecha.
- Es imprescindible la firma del/la peticionario/a.

6. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- La preceptiva en cada caso, tal como se indica en el formulario.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales le informamos que:

a) El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.

b) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para facilitar la información de los accesos producidos a la historia de salud única de Andalucía, cuya base jurídica es el cumplimiento de una obligación legal.

c) No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puede consultar información detallada en

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondedatos