Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Núm. Doc. Identificativo

Formulario para el ejercicio del derecho de ACCESO a los Datos de Carácter Personal de Ficheros del Servicio Andaluz de Salud PARA TITULAR DE HISTORIA CLÍNICA O REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA

SOLICITUD DIRIGIDA AL CENTRO SANITARIO DONDE CONSTA LA HISTORIA CLÍNICA.
Nombre/Razón social: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (centro sanitario)……
Localidad:…….. Provincia:…… Código postal:……..

1	DATOS DE LA PERSONA TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA		
NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR	NUHSA
DOMICILIO			
LOCALIDAD	PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO			

Este derecho también podrá ejercerse a través de representación voluntaria, en cuyo caso se cumplimentarán los datos de los apartados siguientes (2 y 3):

2	DATOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA REPRESENTACIÓN	
NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR

3.	LUGAR, FECHA Y FIRMA

Con la firma del presente escrito EL/LA REPRESENTANTE ACEPTA LA REPRESENTACIÓN CONFERIDA por la persona interesada, y DECLARA que los datos son ciertos, así como la documentación que se adjunta, asumiendo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos.

En …… a ……..de …… de ……

LA PERSONA TITULAR — EL/LA REPRESENTANTE

Fdo.: …… Fdo.: ……

4	DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
DOMICILIO			
LOCALIDAD	PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO/S DE CONTACTO	LOS DATOS CORRESPONDEN A: La persona titular ☐ El/la representante ☐		

5	DOCUMENTACIÓN **A APORTAR (*)**

☐ Fotocopia del DNI , NIE o fotocopia del pasaporte en vigor de la persona interesada

☐ Fotocopia del DNI NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del/la representante

☐ En caso de que el/la paciente sea un menor emancipado/a: Fotocopia del documento judicial de emancipación

(*) "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"

6. SOLICITA:

Al amparo del artículo 18 de la 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, y conforme a lo preceptuado en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, formular la petición de copia de la historia clínica que a continuación se especifica:

Cumplimentar este apartado en caso de estar interesado/a en un proceso clínico concreto o en varios

6.1. PROCESO/S CLÍNICO/S Y ESPECIALIDAD

Cumplimentar este apartado en caso de estar interesado/a en la copia de su historia clínica completa generada en este centro

6.2. DESCRIPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un mes que no procede, se me comunique motivadamente al amparo del artículo 12.4 del Reglamento Genreral de Protección de Datos (UE) 2016/679, a fin de que pueda solicitar información y/o la tutela de derechos al Delegado de Protección de Datos (dpd.sspa@juntadeandalucia.es) del Servicio Andaluz de Salud, acudir a la autoridad de control en materia de protección de datos competente en Andalucía o en su defecto a la autoridad de control nacional.

Asimismo, PRESTAN SU CONSENTIMIENTO para el tratamiento de datos en los términos definidos en la cláusula de protección de datos incluida en este formulario.

En , a de de 201

Firma del/la paciente o el/la representante

Cláusula de protección datos de acceso a la historia clínica

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos 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 el ejercicio de los derechos de acceso en relación a los datos de la historia de salud de Andalucía, cuya base jurídica es el consentimiento de la persona interesada.
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 http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondedatos

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 donde consta la historia clínica", "1. Datos del/la paciente", "2. Datos del/la representante", "3. Lugar, fecha y firma", "4. Datos a efectos de notificación", "5. documentación que debe acompañar", "6. Solicita: 6.1. Proceso/s clínico/s y especialidad (en caso de que esté interesado/a en un proceso clínico concreto o en varios) o 6.2. Descripción de la documentación solicitada (en caso de que esté interesado/a en copia de la historia clínica completa)".

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 AAPP).

1. Datos de la persona titular de la historia clínica:
   - 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 de la persona que ejerce la representación (este apartado es obligatorio cumplimentarlo cuando la persona titular de la historia clínica demanda que otra persona actúe en su nombre):
   - 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).

3. Lugar, fecha y firma:
   - Cumplimentar el lugar y la fecha.
   - Cuando se autorice expresamente a un representante, el/la paciente y el/la representante firmarán en este apartado.

4. Datos a efectos de notificación:
   - Domicilio.
   - Localidad.
   - Provincia.
   - Código Postal.
   - Teléfono/s de contacto.
   - En función de que el domicilio sea del paciente o representante, marcar la casilla correspondiente.

5. Documentación que se adjunta (ESTA DOCUMENTACIÓN ES PRECEPTIVA): **(*)**

   - Si el solicitante es el paciente (1): Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor.
   - Si ha nombrado a un representante (2): Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del/la paciente y fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del/la representante.
   - Si el paciente es un menor emancipado: fotocopia del documento judicial de emancipación y fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor.

6. Solicita:
   - En caso de que esté interesado/a en un proceso clínico concreto o en varios, detallar los mismos
   - En caso de que esté interesado/a en copia de la historia clínica completa, describir la documentación que solicita.

FIRMA DE LA SOLICITUD:

- Cumplimentar el lugar y la fecha.
- El paciente o el/la representante estampará su firma en el apartado "Firma del/la paciente o el/la representante".

(*) "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"