



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

ARCO: rectificación y/o supresión en la Historia de Salud

Código:

Versión:1

Fecha:27/09/2018

HOSPITAL REGIONAL
UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Unidad/Área: Documentación y Archivo Clínico

Página 1 de 12

DOCUMENTO DE TRABAJO. *PROCEDIMIENTO*

ARCO: rectificación y/o supresión en la Historia de Salud

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA.

Elaborado por: Osmayda Ulloa Luis Torres	Validado por: Comisión Registros Clínico	Aprobado por: DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		



ÍNDICE.

	Página
1. Introducción y Justificación	3
2. Ámbito de aplicación	3
3. Objetivos	3
4. Desarrollo	4
4.1 Persona que ejerce el derecho	4
4.2 Solicitud	5
4.1.2. Presentación	5
4.2.2. Circuito de admisión	5
4.2.3. Plazos	5
4.3 Tramitación	6
4.3.1. Validación de la solicitud	6
4.3.2. Modificación de los datos sin incidencia en la Historia Clínica	6
4.3.3. Informe de posicionamiento	6
4.4 Consideraciones especiales	7
4.5 Circuito	7
4.6 Puntos de acceso	8
5. Evaluación	9
6. Difusión	9
7. Bibliografía	9
8. Glosario de términos	10
9. Diagrama de Flujo	11
10. Control de modificaciones del documento	12
11. Anexos	12

Elaborado por:
Osmayda Ulloa
Luis Torres

Validado por:
Comisión de Registros Clínicos

Aprobado por:

DIRECTOR GERENTE.

Fecha de elaboración:

Fecha de Validación:

Fecha de aprobación:

Fecha de Versión original:

Fecha de actualización:

COPIA CONTROLADA



1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Se describen los trámites a seguir para atender el derecho de la ciudadanía sobre su historia de salud mediante la rectificación (cuando son datos inexactos y/o incompletos) o supresión (cuando son inadecuados y/o excesivos).

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Hospital Regional Universitario de Málaga.

3. OBJETIVOS

La puesta en marcha de estas medidas es el objetivo de la adaptación de este procedimiento ya en vigor en nuestro centro.

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Garantizar el cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el circuito en los diversos pabellones del centro
- Identificar los responsables de cada una de las intervenciones
- Difundir el circuito entre todos los profesionales del centro

4. DESARROLLO

Dada la especial protección de los datos relativos a la salud, a los que hace referencia la citada legislación vigente, debemos tener en cuenta que ha de completarse con las previsiones específicas recogidas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos obligaciones en materia de información y documentación clínica

4.1. Persona que ejerce el derecho

El derecho de rectificación o supresión de la historia clínica puede ser ejercido por:

- La persona titular de la historia clínica
- Por representación debidamente acreditada: esta representación puede otorgarse de forma voluntaria o ser ejercida en los supuestos legalmente establecidos: menores de 16 años no emancipados y personas incapacitadas judicialmente.

Elaborado por: Osmayda Ulloa Luis Torres	Validado por: Comisión de Registros Clínicos	Aprobado por: DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		



- En caso de personas fallecidas, este derecho podrán ejercerlo las personas vinculadas a un fallecido por razones familiares o, de hecho, salvo que el mismo lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

4.2. SOLICITUD

4.2.1. Presentación

La presentación de estas solicitudes se realizará en el centro sanitario donde se han registrado las anotaciones que se pretenden rectificar o suprimir; quien ejerce la custodia de la correspondiente historia clínica, con la doble finalidad, de salvaguardar la intimidad y la confidencialidad de los mismos, y posibilitar la agilización en el trámite y resolución de la petición. Deberán adjuntar a las peticiones copias de los documentos en los que constan los datos que solicita modificar.

En función de la figura la documentación exigida es diferente:

- Titular mayor 16 años o menores emancipados: El solicitante deberá cumplimentar el formulario para el titular de la historia clínica o representación voluntaria acompañando la documentación preceptiva reseñada en el mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor de la persona interesada, y en caso de que el solicitante sea menor de 16 años emancipado, además deberá aportar fotocopia del documento judicial de emancipación.
- Representante voluntario: Cumplimentar el formulario para el titular de la historia clínica o representación voluntaria, que debe ir firmado por el titular de la historia clínica y quien lo represente, acompañando la documentación preceptiva reseñada en el mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor de la persona interesada y fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del representante.
- Representante legal en caso de menores de 16 años no emancipados: deberá cumplimentar el formulario para representante legal de menores de 16 años, acompañando la documentación preceptiva reseñada en el mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor de la persona menor de edad (obligatorio a partir de los 14 años cumplidos), fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del representante legal y fotocopia del libro de familia actualizado o documento similar.

Hay que tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, donde se recoge que:

1. El menor tiene derecho a ser oído y escuchado sin discriminación alguna por edad, discapacidad o cualquier otra circunstancia, tanto en el ámbito familiar como en cualquier procedimiento administrativo, judicial o de mediación en que esté afectado y que conduzca a una decisión que incida en su esfera personal, familiar o social, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de su edad y madurez. Para ello, el menor deberá recibir la información que le permita el ejercicio de este derecho en un lenguaje comprensible, en formatos accesibles y adaptados a sus circunstancias. En los procedimientos judiciales o administrativos, las comparecencias o audiencias del menor tendrán carácter preferente, y se realizarán de forma adecuada a su situación y desarrollo evolutivo, con la asistencia, si fuera necesario, de profesionales cualificados o expertos, cuidando preservar su intimidad y utilizando un lenguaje que sea comprensible para él, en formatos accesibles y adaptados a sus circunstancias informándole tanto de lo que se le pregunta como de las consecuencias de su opinión, con pleno respeto a todas las garantías del procedimiento.

2. Se garantizará que el menor, cuando tenga suficiente madurez, pueda ejercitar este derecho por sí mismo o a través de la persona que designe para que le represente. La

Elaborado por: Osmayda Ulloa Luis Torres	Validado por: Comisión de Registros Clínicos	Aprobado por: DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		



madurez habrá de valorarse por personal especializado, teniendo en cuenta tanto el desarrollo evolutivo del menor como su capacidad para comprender y evaluar el asunto concreto a tratar en cada caso. Se considera, en todo caso, que tiene suficiente madurez cuando tenga doce años cumplidos. Para garantizar que el menor pueda ejercitar este derecho por sí mismo será asistido, en su caso, por intérpretes. El menor podrá expresar su opinión verbalmente o a través de formas no verbales de comunicación. No obstante, cuando ello no sea posible o no convenga al interés del menor se podrá conocer la opinión del menor por medio de sus representantes legales, siempre que no tengan intereses contrapuestos a los suyos, o a través de otras personas que, por su profesión o relación de especial confianza con él, puedan transmitirla objetivamente.

3. Siempre que en vía administrativa o judicial se deniegue la comparecencia o audiencia de los menores directamente o por medio de persona que le represente, la resolución será motivada en el interés superior del menor y comunicada al Ministerio Fiscal, al menor y, en su caso, a su representante, indicando explícitamente los recursos existentes contra tal decisión. En las resoluciones sobre el fondo habrá de hacerse constar, en su caso, el resultado de la audiencia al menor, así como su valoración.»

- Si los padres están divorciados, separados legalmente o en cualquier otra situación, tras cese de la convivencia, además de la documentación descrita anteriormente, deberán aportar fotocopia de la sentencia judicial actualizada que resuelve la situación del menor o de eventuales medidas acordadas, y declaración jurada de que no existen medidas cautelares de protección al menor.
- En caso de personas incapacitadas judicialmente, el representante legal deberá cumplimentar el formulario para representante legal de pacientes incapacitados, acompañando la documentación preceptiva reseñada en el mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor de la persona incapacitada, fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del/la representante legal y fotocopia de la sentencia de incapacitación judicial en la que se otorga la tutoría.
- En caso de personas fallecidas: La persona que formula la petición deberá cumplimentar el formulario en representación de personas fallecidas, acompañando la documentación preceptiva reseñada en el mismo: fotocopia del DNI, NIE o fotocopia compulsada del pasaporte en vigor de la persona que formula la petición, fotocopia del certificado de defunción y documentación acreditativa de existencia de vínculo familiar o de hecho, según la normativa vigente.

4.2.2. Circuito de admisión

La solicitud de entregará en los puestos donde este ubicado el técnico al efecto que en el Hospital general es junto a Atención a la Ciudadanía (Planta Baja. pabellón B), en el ...

Se le dará registro de entrada.

En caso de que sea competente otro centro, procederá a derivarla urgentemente al mismo y enviará escrito a la persona solicitante, notificándole dicha derivación.

Será registrada en la Aplicación ARCO, a fin de mantener actualizada la situación en la que se encuentran dichos expedientes y las resoluciones a las que han dado lugar.

4.2.3. Plazos

Elaborado por: Osmayda Ulloa Luis Torres	Validado por: Comisión de Registros Clínicos	Aprobado por: DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		



El plazo máximo establecido legalmente para resolver estas solicitudes es de un mes, a contar desde la recepción de la misma, pudiendo prorrogarse otros dos meses, dependiendo de la complejidad de la solicitud.

En este caso se enviará comunicación al interesado indicando el motivo de la dilación. Se remitirá certificada con acuse de recibo al interesado dentro del primer mes de plazo de acuerdo con el artículo 12.3 del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679.

Cuando sea necesario una respuesta provisional y por tanto ampliar el plazo para resolver, es imprescindible anotar en la aplicación ARCO, en el campo “observaciones”, el motivo de la ampliación

4.3. TRAMITACIÓN

4.3.1. VALIDACIÓN DE LA SOLICITUD

El técnico de ARCO es el responsable de revisar si las mismas reúnen los requisitos exigidos que constan en el formulario correspondiente y valorar si se aporta la documentación preceptiva. Además, debe comprobar si pertenece a ese centro su resolución o a centro distinto. Se pueden dar dos situaciones:

- Reúne los requisitos exigidos: Trasladará, en el menor tiempo posible, la petición a la unidad encargada de su valoración.
- No reúne los requisitos: deberá proceder a requerir a la persona interesada que subsane los mismos, mediante **carta para subsanación** de requisitos con acuse de recibo, poniendo en marcha una suspensión del plazo máximo para resolver por el tiempo que media entre la fecha del registro de salida de la notificación y la fecha del registro de presentación de la subsanación por parte de la persona interesada (Art. 22 1a. Ley 39/2015). El plazo que tiene para efectuar la subsanación es de 10 días hábiles, a contar desde la fecha que la persona interesada recibe el escrito, lo que se conoce a través de la notificación que manda Correos al remitente. Si se produce la subsanación se continua el expediente y en caso contrario se eleva a la Dirección-Gerencia del centro Resolución de archivo de la solicitud por desistimiento dirigida a la persona interesada, comunicándole que se archiva su solicitud al entender que al no subsanar los mismos, desiste de su petición. Se remitirá certificada con acuse de recibo.

4.3.2. MODIFICACION DATOS SIN INCIDENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA

El técnico de ARCO responsable si identifica que la solicitud hace referencia a variables sociodemográficas y en general aspectos sin repercusión clínica alguna, realizará la modificación generando una respuesta en acto único ya que el solicitante obtiene una respuesta positiva inmediata de la organización. Se emite un documento de finalización del expediente y se registra en ARCO.

4.3.3. INFORME DE POSICIONAMIENTO

Si la modificación excede el marco antes citado, se debe proceder a analizar si la petición se ajusta a derecho, si se trata de datos inexactos o incompletos, inadecuados o excesivos. Para ello se solicitará información al facultativo y/o servicio clínico correspondiente, responsable de los datos para contrastar la información, quien debe informar sobre la pertinencia de la solicitud.

Elaborado por: Osmayda Ulloa Luis Torres	Validado por: Comisión de Registros Clínicos	Aprobado por: DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		



El informe de posicionamiento se unirá al expediente. No se debe registrar dicho posicionamiento en ningún apartado de la historia clínica.

El dossier completo incluyendo la solicitud, la documentación clínica requerida y el informe de posicionamiento serán trasladados a la jefa de la Unidad de Documentación y Archivos Clínicos, para la elaboración de Resolución.

Si e caso ofrece dudas será elevado a la Comisión de Registros para la emisión del dictamen.

Si la Resolución es ESTIMATORIA se pondrá em marcha el procedimiento extraordinario de rectificación de historia mediante solicitud al CGES. Una vez comprobado el cambio se emitirá el documento.

Tanto ene l caso de la Estimación como la Desestimación, la unidad de referencia emitirá el formulario correspondiente para la firma de la Dirección Gerencia, y se encargará de la ulterior comunicación de la resolución de caso al usuario. Registrado todo ello en la aplicación ARCO.

4.4. CONSIDERACIONES ESPECIALES

En aquellos casos que debido a la complejidad de la intervención para atender la solicitud sea necesaria acudir a la prórroga de dos meses que prevé el Reglamento, se enviará comunicación al interesado indicando el motivo de la dilación. Se remitirá certificada con acuse de recibo al interesado dentro de primer mes de plazo de acuerdo con el artículo 12.3 del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679. Cuando sea necesario una respuesta provisional y por tanto ampliar el plazo para resolver, es imprescindible anotar en el campo “observaciones” el motivo de la ampliación.

Desde cada centro deben registrarse las solicitudes de rectificación y/o supresión en la Aplicación ARCO, incorporando información sobre las diferentes fases de la tramitación hasta la resolución de las mismas. A la misma se accede desde la Intranet del Servicio Andaluz de Salud, estando su utilización restringida a aquellos profesionales que estén autorizados por su centro de trabajo.

4.5. CIRCUITO

Se ha generado un flujograma para identificar los pasos y responsables (ver anexo)

Este circuito cuenta con la participación de diversos profesionales que tienen diferente responsabilidad en el desarrollo de la respuesta requerida por el usuario.

1. Técnico ARCO:
 - a. Recoge la solicitud e informa al usuario del procedimiento, plazos y sistema de comunicación de su progresión
 - b. Verifica la adecuación de la solicitud y que incluye la documentación obligatoria
 - c. Se pone en contacto con el usuario por la vía adecuada para comunicar la situación o resolución de la solicitud.
2. Jefe de Documentación Clínica y Archivo
 - a. Revisa la solicitud (una vez verificada)
 - b. Da el visto bueno al expediente para la emisión del dictamen que se eleva al Gerente, tanto si se ha estimado como si no.
3. Gerente
 - a. Firma el dictamen y autoriza las actuaciones ulteriores

Elaborado por: Osmayda Ulloa Luis Torres	Validado por: Comisión de Registros Clínicos	Aprobado por: DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		



4.6. Puntos de Acceso

Según el centro el acceso es diferenciado:

- Hospital General: Área Atención Ciudadana, 1º Planta Pabellón B
- Hospital Materno Infantil: Área Administrativa. Pasillo Subdirección Enfermería. 1º Planta Pabellón infantil
- Hospital Civil: Archivo de Historias Clínicas. Sótano Pabellón 3-7.

5. EVALUACIÓN

DENOMINACIÓN	<i>Resoluciones en plazo</i>
DESCRIPCIÓN	<i>Total de resoluciones que se resuelven en plazo</i>
FÓRMULA	<i>Total solicitudes contestadas en plazo/total de solicitudes presentadas (y que corresponden al centro)</i>
ESTÁNDAR ÓPTIMO	<i>Establecer en qué situación el indicador es considerado como favorable.</i>
FUENTE	<i>Registro ARCO</i>
RESPONSABLE	<i>Determinar un responsable para la evaluación del indicador.</i>

DENOMINACIÓN	<i>Resoluciones con ampliación</i>
DESCRIPCIÓN	<i>Total de resoluciones que se comunica la ampliación de plazo</i>
FÓRMULA	<i>Total solicitudes que por su complejidad requiere una ampliación del plazo y se le ha comunicado por la vía correspondiente al usuario/ Total solicitudes que por su complejidad requiere una ampliación del plazo</i>
ESTÁNDAR ÓPTIMO	<i>Establecer en qué situación el indicador es considerado como favorable.</i>
FUENTE	<i>Registro ARCO</i>
RESPONSABLE	<i>Determinar un responsable para la evaluación del indicador.</i>

6. DIFUSIÓN Y ARCHIVO

El documento será presentado en Comisión de Registros Clínicos, así como en todas aquellas de ámbito general y clínico.

La documentación estará disponible en la web y se difundirá por correo corporativo a todos los responsables directivos, así como a los responsables clínicos de las UGC.

La unidad de Documentación y Archivos Clínicos custodiará la documentación y se hará responsable de su mantenimiento y revisión periódica.

7. BIBLIOGRAFÍA

Elaborado por: Osmayda Ulloa Luis Torres	Validado por: Comisión de Registros Clínicos	Aprobado por: DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		



- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Diario Oficial de la Unión Europea L 119, (4/5/2016) (953.69 KB) Europa
- Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. (BOE núm. 236, de 2/10/2015) Texto consolidado: Última modificación el 22 de junio de 2018 (1.19 MB) Nacional
- 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. (BOE núm. 274, de 11/11/2002) Texto consolidado: Última modificación el 22 de septiembre de 2015 (283.89 KB) Nacional
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE núm. 102 del 29/04/1986) Texto consolidado: Última modificación el 13 de junio de 2015 (518.25 KB) Nacional
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.(BOE núm. 128, de 29/05/2003). Texto consolidado: Última modificación el 28 de junio de 2017 (877.82 KB) Nacional
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. (BOE núm. 17, de 19/01/2008). Texto consolidado: Última modificación el 8/03/2012 (658.63 KB) Nacional
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE núm. 298, del 14/12/1999). Texto consolidado: Última modificación el 5 de marzo de 2011 (367.37 KB) Nacional
- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. (BOJA núm. 255 de 3/12/2011) Texto consolidado: Última modificación el 9 de octubre de 2014 (607.38 KB) Autonómico
- Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección jurídica del Menor, modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad. (BOJA núm 244 de 16/12/2005) (133.58 KB) Autonómico
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. (BOJA núm. 74 de 04/07/1998) Texto consolidado: Última modificación el 7 de mayo de 2010 (371.77 KB) Autonómico
- Resolución de 18 de febrero de 2015, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, sobre delegación de competencias para la resolución de procedimientos para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos de carácter personal contenidos en ficheros de historias clínicas. (BOJA núm. 42 de 03/03/2015) (42.27 KB) Interno
- Resolución 184/2003, de 3 de marzo, del Servicio Andaluz de Salud, “Instrucciones sobre el procedimiento de ordenación y gestión de la documentación clínica en centros asistenciales del Servicio Andaluz de Salud” (269.21 KB) Interno
- Resolución 111/2003, de 17 de febrero, del Servicio Andaluz de Salud, “Por la que se modifica la Resolución 23/2001, de 4 de junio, de Instrucciones sobre procedimiento de acceso de usuarios a la documentación clínica y sobre procedimiento para garantizar la continuidad documental” (1.48 MB) Interno

Elaborado por:
Osmayda Ulloa
Luis Torres

Validado por:
Comisión de Registros Clínicos

Aprobado por:

DIRECTOR GERENTE.

Fecha de elaboración:

Fecha de Validación:

Fecha de aprobación:

Fecha de Versión original:

Fecha de actualización:



- Resolución 23/2001, de 4 de junio, del Servicio Andaluz de Salud “Instrucciones sobre procedimiento de acceso de usuarios a la documentación clínica y sobre procedimiento para garantizar la continuidad documental” (5.85 MB) Interno

8. GLOSARIO DE TÉRMINOS

La trasposición de la normativa europea en relación con Protección de Datos explicita que:

- Rectificación: es el derecho que tiene la ciudadanía a obtener sin dilación indebida la rectificación de los datos personales inexactos que le conciernan. Teniendo en cuenta los fines del tratamiento, el interesado/a tendrá derecho a que se completen los datos personales que sean incompletos, inclusive mediante una declaración adicional.
- Supresión: es el derecho que da lugar a que se supriman sin dilación indebida los datos que resulten inadecuados o excesivos, cuando concurra algunas de las circunstancias del artículo 17 del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679

9. DIAGRAMA DE FLUJO

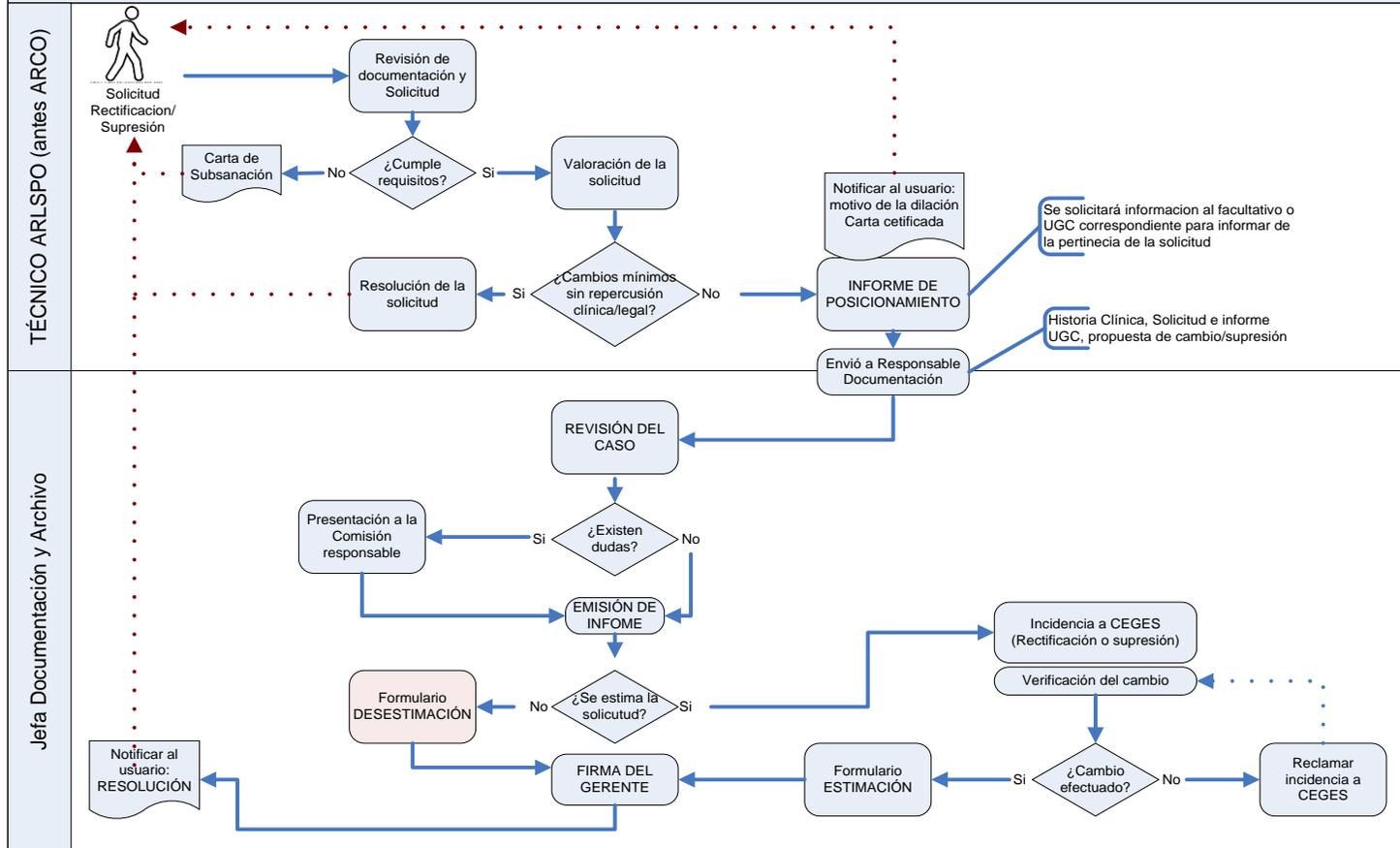
Se adjunta flujograma

Elaborado por: Osmayda Ulloa Luis Torres	Validado por: Comisión de Registros Clínicos	Aprobado por: DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		



Reglamento General de Protección de Datos

Solicitud de Rectificación y/o Supresión de registros en la Historia Clínica (usuario)



Elaborado por: Osmayda Ulloa Luis Torres	Validado por: Comisión Registros Clínico	Aprobado por: DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		

 Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	ARCO: rectificación y/o supresión en la Historia de Salud	Código:
		Versión:1
		Fecha:27/09/2018
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA	Unidad/Área: Documentación y Archivo Clínico	Página 12 de 12

10. CONTROL DE CAMBIOS Y NUEVAS VERSIONES DEL DOCUMENTO

Determinar el periodo de revisión de manera sistematizada. La fecha de revisión no debe superar los dos años para que se considere válida. Si se estima un periodo diferente, debe ser argumentado con las características que lo permitan. En el caso de que se produzcan actualizaciones legisladas dentro del periodo se procederá a la adaptación del mismo (Nueva versión)

Versión nº	Cambios realizados	Fecha

11. ANEXOS

Documentos relacionados:

- Formulario rectificación o supresión para titular de la historia clínica o representación voluntaria
- Formulario rectificación o supresión para representante legal de menores de 16 años
- Formulario rectificación o supresión para representante legal de personas con incapacidad judicial
- Formulario rectificación o supresión en representación de personas fallecidas
- Modelo de informe de posicionamiento, titular de la historia clínica o representación voluntaria. Supresión y rectificación de datos en historia clínica
- Modelo de informe de posicionamiento, menores de 16 años. Supresión y rectificación de datos en historia clínica
- Modelo de Informe de posicionamiento, personas con incapacidad judicial. Supresión y rectificación de datos en historia clínica
- Modelo de informe de posicionamiento, personas fallecidas. Supresión y rectificación de datos en historia clínica
- Modelo de ampliación de plazo de respuesta. Rectificación y supresión de datos en historia clínica
- Modelo de carta para subsanación de requisitos. Supresión y rectificación de datos en historia clínica
- Modelo de resolución archivo de solicitud por desistimiento. Supresión y rectificación de datos en historia clínica
- Modelo de escrito de suspensión de plazos. Supresión y rectificación de datos en historia clínica
- Modelo de resolución estimatoria. Supresión y rectificación de datos en historia clínica
- Modelo de resolución desestimatoria. Supresión y rectificación de datos en historia clínica

Elaborado por: Osmayda Ulloa Luis Torres	Validado por: Comisión Registros Clínico	Aprobado por: DIRECTOR GERENTE.
Fecha de elaboración:	Fecha de Validación:	Fecha de aprobación:
Fecha de Versión original:	Fecha de actualización:	
COPIA CONTROLADA		



Formulario para el ejercicio del derecho de Rectificación o supresión de Datos de Carácter Personal de Ficheros del Servicio Andaluz de Salud PARA REPRESENTANTE LEGAL DE MENORES DE 16 AÑOS

SOLICITUD DIRIGIDA AL CENTRO SANITARIO DONDE CONSTAN LOS DATOS A MODIFICAR.		
Nombre/Razón social: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (centro sanitario).....		
Localidad:.....	Provincia:.....	Código postal:.....

1 DATOS DE LA PERSONA MENOR		
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR	NUHSA
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL

2 DATOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA REPRESENTACIÓN LEGAL		
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR	
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO		
REPRESENTACIÓN LEGAL EJERCIDA		
Padre Madre Tutor/a		

3. LUGAR, FECHA Y FIRMA
Con la firma del presente escrito EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, 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
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL
Fdo.:

4 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
DOMICILIO		LOCALIDAD
PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO/S DE CONTACTO



5	DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (*)
<p>Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor de la persona menor de edad (obligatorio a partir de los 14 años cumplidos)</p> <p>Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del/la representante legal</p> <p>Fotocopia del libro de familia actualizado o documento similar</p> <p>En caso de padres divorciados, separados legalmente o en cualquier otra situación tras cese de la convivencia, además de la documentación anterior, deben aportar:</p> <p>Fotocopia de la sentencia judicial actualizada que resuelve la situación del menor o de eventuales medidas acordadas</p> <p>Declaración jurada de que no existen medidas cautelares de protección del menor</p>	

6. SOLICITA:

Que se proceda a acordar la rectificación supresión (marcar lo que corresponda) de los datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho y se me notifique de forma escrita el resultado de la modificación practicada.

Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un mes, que no procede practicar total o parcialmente las modificaciones propuestas, se me comunique motivadamente al amparo del artículo 12.4 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, o 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.

7. DATOS DEL FICHERO QUE SOLICITA MODIFICAR

7.1. DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR

7.2. DOCUMENTO/S EN EL/LOS QUE CONSTAN LOS DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR

Por medio del presente formulario ejerce el derecho de: rectificación supresión (marcar lo que corresponda), de conformidad con lo previsto en los artículos 16 y 17 del Reglamento General de Protección de Datos (UE)2016/679

....., ade de 201

Firma del/la representante legal

<p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>El Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:</p> <p>a) El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.</p> <p>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.</p> <p>c) No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.</p> <p>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</p>
--

(*) "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/la representante legal, serán los siguientes: "Solicitud dirigida al centro sanitario donde constan los datos a modificar", "1. Datos del/la paciente menor", "2. Datos del/la representante legal", "3. Lugar, fecha y firma", "4. Datos a efectos de notificación", "5. documentación que debe acompañar", 6. Solicita y 7. "Datos del fichero que solicita modificar: 7.1. Datos que solicita modificar y 7.2. Documento/s en el/los que constan los datos que solicita modificar".

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 del/la paciente menor:**
 - 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), a partir de los 14 años cumplidos.
 - NUHSA.
2. **Datos del/la representante legal:**
 - 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).
 - Representación legal ejercida. Marcar la casilla que corresponda (padre, madre o tutor/a).
3. **Lugar, fecha y firma**
 - Cumplimentar el lugar y la fecha.
 - El/la representante legal estampará su firma.
4. **Datos a efectos de notificación**
 - Domicilio.
 - Localidad.
 - Provincia.
 - Código Postal
 - Teléfono/s de contacto.
5. **Documentación que se adjunta (ESTA DOCUMENTACIÓN ES PRECEPTIVA) (*)**
 - Si el paciente menor ya ha cumplido 14 años (1): Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor.
 - Representante legal (2): Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor.
 - Fotocopia del libro de familia actualizado o documento similar (5).

En caso de padres divorciados, separados legalmente o en cualquier otra situación tras cese de la convivencia, además de la documentación anterior, deben aportar:

- 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.

6. **Solicita:**
 - En este apartado marcar en la casilla correspondiente si solicita rectificación o supresión de datos.
7. **Datos del fichero que solicita modificar: 7.1.**
Datos que solicita modificar:
 - Expresar textualmente la/s anotación/es que solicita modificar.
- 7.2. **Documento/s en el/los que constan los datos que solicita modificar (ESTA DOCUMENTACIÓN ES PRECEPTIVA):**
 - Detallar el/los documento/s que se adjuntan a la solicitud en el/los que figuran las anotaciones que desea modificar (hoja de seguimiento de consulta, hoja de problemas, informe, etc.).

FIRMA DE LA SOLICITUD

- En este apartado marcar en la casilla correspondiente si solicita rectificación o supresión de datos.
- Cumplimentar el lugar y la fecha.
- El/la representante legal estampará su firma en el apartado "Firma del/la representante legal".

Fecha: Lugar y fecha

D./D^a

Ref^a:

Asunto: Acuse de recibo de su solicitud de
rectificación o supresión de datos
en su/la historia clínica de
.....
y solicitud subsanación de requisitos

Estimado/a señor/a:

Acusamos recibo de su formulario presentado en con fecha, para el ejercicio del derecho de rectificación o supresión de datos de carácter personal de ficheros del Servicio Andaluz de Salud, contenidos en la historia clínica y le informamos que, en cumplimiento con la legislación vigente en esta materia, Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016 y 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, para la resolución de su petición, necesitamos nos haga llegar a, **cuya dirección abajo se indica, en el plazo de 10 días hábiles**, a contar desde el día siguiente al recibo del presente escrito, la siguiente documentación:

- **Según proceda en cada caso**

Una vez dispongamos de la documentación pertinente, procederemos a analizar su petición, de cuyo resultado le informaremos en el plazo de diez días hábiles, contados a partir del día siguiente al recibo de la misma.

Así mismo, le comunicamos que en caso de que no aporte lo requerido en el plazo establecido, entenderemos que desiste de su petición, conforme a lo dispuesto en el artículo 68.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Atentamente,

Firma

D./D^a

Fecha: Lugar y fecha

Ref^a:

Asunto: Información sobre la situación de su expediente de rectificación o supresión de datos en su/la historia clínica de
.....

Estimado/a señor/a:

En relación a su solicitud presentada en, con fecha, para el ejercicio del derecho de rectificación o supresión de datos de carácter personal de ficheros del Servicio Andaluz de Salud, contenidos en la historia clínica, le informamos que, con esta misma fecha hemos trasladado el expediente para su valoración al comité de bioética asistencial.

Una vez dispongamos del resultado de su resolución, lo pondremos en su conocimiento con la mayor brevedad posible.

Así mismo, le indicamos que, al ser preceptivo y determinante el informe que emita el citado comité, se suspende el plazo establecido para la resolución de su petición, conforme a lo dispuesto en el apartado 1.d) del artículo 22 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. No obstante, le comunicamos que, el plazo máximo para resolver y notificar la misma será de tres meses a contar desde el día de la fecha.

Transcurrido el plazo anteriormente señalado sin haber recibido notificación al respecto, deberá entender denegada su solicitud por silencio administrativo, podrá solicitar la intervención del Delegado de Protección de datos (dpd.sspa@juntadeandalucia.es) del Servicio Andaluz de Salud o recabar la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos.

Sin otro particular, le saluda atentamente,

INFORME DE POSICIONAMIENTO DEL FACULTATIVO/SERVICIO CLÍNICO

DATOS DEL FICHERO. Nombre del fichero: (DIRAYA, sistema de información local, soporte papel, etc.)

INFORME DEL FACULTATIVO:

Vista la petición formulada por D./D^a, con DNI/NIE/pasaporte nº, en ejercicio de la potestad que tiene conferida como REPRESENTANTE LEGAL del menor, con DNI/NIE/pasaporte nº (en caso de tener cumplidos los 14 años) y NUHSA, relativa a rectificación supresión (marcar lo que corresponda), y como facultativo responsable de haber efectuado las anotaciones susceptibles de modificación en la historia clínica, considera:

- Estimar la solicitud (son datos inexactos o incompletos, o inadecuados o excesivos)
- Desestimar la solicitud (son datos exactos o completos, o adecuados)

En caso de desestimación MOTIVAR LA MISMA:

En, a de de 201...

Firma del facultativo

En caso de que el facultativo que ha realizado las anotaciones, ya no preste servicio en este centro, se precisaría el criterio clínico del facultativo que lo atiende actualmente:

Vista la petición formulada por D./D^a, con DNI/NIE/pasaporte nº, en ejercicio de la potestad que tiene conferida como REPRESENTANTE LEGAL del menor, con DNI/NIE/pasaporte nº (en caso de tener cumplidos los 14 años) y NUHSA, relativa a rectificación supresión (marcar lo que corresponda), y como facultativo responsable de haber efectuado las anotaciones susceptibles de modificación en la historia clínica, considera:

- Estimar la solicitud (son datos inexactos o incompletos, o inadecuados o excesivos)
- Desestimar la solicitud (son datos exactos o completos, o adecuados)

En caso de desestimación MOTIVAR LA MISMA:

En, a de de 201...

Firma del facultativo

INFORME DE POSICIONAMIENTO DEL FACULTATIVO/SERVICIO CLÍNICO
--

DATOS DEL FICHERO. Nombre del fichero: (DIRAYA, sistema de información local, soporte papel, etc.)

INFORME DEL FACULTATIVO:

Vista la petición formulada por D./D^a, con DNI/NIE/pasaporte nº....., en ejercicio de la potestad que tiene conferida como REPRESENTANTE LEGAL de D./D^a, con DNI/NIE/pasaporte nº y NUHSA, relativa a rectificación supresión (marcar lo que corresponda), y como facultativo responsable de haber efectuado las anotaciones susceptibles de modificación en la historia clínica, considera:

- Estimar la solicitud (son datos inexactos o incompletos, o inadecuados o excesivos)
- Desestimar la solicitud (son datos exactos o completos, o adecuados)

En caso de desestimación MOTIVAR LA MISMA:

En, a de de 201...

Firma del facultativo

En caso de que el facultativo que ha realizado las anotaciones, ya no preste servicio en este centro, se precisaría el criterio clínico del facultativo que lo atiende actualmente:

Vista la petición formulada por D./D^a, con DNI/NIE/pasaporte nº....., en ejercicio de la potestad que tiene conferida como REPRESENTANTE LEGAL de D./D^a, con DNI/NIE/pasaporte nº y NUHSA, relativa a rectificación supresión (marcar lo que corresponda), y como facultativo responsable de haber efectuado las anotaciones susceptibles de modificación en la historia clínica, considera:

- Estimar la solicitud (son datos inexactos o incompletos, o inadecuados o excesivos)
- Desestimar la solicitud (son datos exactos o completos, o adecuados)

En caso de desestimación MOTIVAR LA MISMA:

En, a de de 201...

Firma del facultativo

INFORME DE POSICIONAMIENTO DEL FACULTATIVO/SERVICIO CLÍNICO

DATOS DEL FICHERO. Nombre del fichero: (DIRAYA, sistema de información local, soporte papel, etc.)

INFORME DEL FACULTATIVO:

Vista la petición formulada por D./D^a, con DNI/NIE/pasaporte nºy NUHSA, sobre rectificación supresión (marcar lo que corresponda), como facultativo responsable de haber efectuado las anotaciones susceptibles de modificación en su historia clínica, considera:

- Estimar la solicitud (son datos inexactos o incompletos, o inadecuados o excesivos)
- Desestimar la solicitud (son datos exactos o completos, o adecuados)

En caso de desestimación MOTIVAR LA MISMA:

En, a de de 201...

Firma del facultativo

En caso de que el facultativo que ha realizado las anotaciones, ya no preste servicio en este centro, se precisaría el criterio clínico del facultativo que lo atiende actualmente:

Vista la petición formulada por D./D^a, con DNI/NIE/pasaporte nºy NUHSA, sobre rectificación supresión (marcar lo que corresponda), como facultativo responsable de haber efectuado las anotaciones susceptibles de modificación en su historia clínica, considera:

- Estimar la solicitud (son datos inexactos o incompletos, o inadecuados o excesivos)
- Desestimar la solicitud (son datos exactos o completos, o adecuados)

En caso de desestimación MOTIVAR LA MISMA:

En, a de de 201...

Firma del facultativo

RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN-GERENCIA DE, POR LA QUE SE DECLARA DESISTIDO/A DE SU PETICIÓN A D./D^a..... Y SE ACUERDA EL ARCHIVO DE SU EXPEDIENTE, POR FALTA DE SUBSANACIÓN DE REQUISITOS DENTRO DE PLAZO.

En relación con la solicitud formulada por D./D^a....., con DNI/NIE/pasaporte..... y domicilio en, para el ejercicio del derecho de rectificación y/o supresión de datos de carácter personal de ficheros del Servicio Andaluz de Salud, contenidos en la historia clínica, habiendo transcurrido el plazo de diez días y al no haber presentado la documentación requerida por la notificación efectuada mediante escrito de fecha y con constancia de su recepción fechada en el acuse de recibo de del actual, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 68.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas,

RESUELVE

PRIMERO.- Declarar desistido/a en su petición a D./D^a..... y proceder al archivo del expediente de la petición citada, de acuerdo al artículo 21 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

SEGUNDO.- Ordenar la notificación de la presente resolución al interesado/a, haciéndole saber que contra la misma, que no agota la vía administrativa, cabe interponer recurso de alzada ante la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente al de esta notificación, conforme a lo previsto en los artículos 121 y 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En, a de de 20...

La Dirección-Gerencia del AGS, Hospital o Distrito

Firma

Vista la solicitud formulada por D./D^a, con DNI/NIE/pasaporte nº y NUHSA, con domicilio a efectos de notificaciones en la calle, de (provincia), presentada en, con fecha, resulta:

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO: Mediante escrito dirigido al Responsable del Fichero de Historias Clínicas de Centros de Salud e Historias Clínicas de Centros Hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud por parte de D./D^a, solicita la rectificación/supresión en (su o la, según sea titular o no de la historia clínica) historia clínica (nombre y apellidos del titular de la historia clínica, en los casos de representante voluntario o legal) de las anotaciones especificadas en su solicitud.

SEGUNDO: Mediante el citado escrito el/la interesado/a fundamenta su petición en

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: Que teniendo en cuenta lo previsto en 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 el Reglamento General de Protección de Datos (UE)2016/679 , no procede lo solicitado, por considerar su petición no ajustada a derecho.

Vistos los antecedentes citados, esta Dirección-Gerencia en virtud de las competencias delegadas por Resolución de 18 de febrero de 2015 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud (BOJA núm. 42), Responsable del Tratamiento de ficheros de Historias Clínicas de Centros de Salud e Historias Clínicas de Centros Hospitalarios, en ejercicio de las competencias reconocidas en la Orden de 11 de agosto de 2003, por la que se crean, modifican y suprimen ficheros automatizados de datos de carácter personal del Servicio Andaluz de Salud y en el Decreto 208/2015 de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

RESUELVE

PRIMERO: Desestimar la solicitud presentada por D./D^a, en el AGS/Hospital/Distrito, de rectificación/supresión de las anotaciones arriba reseñadas, al confirmarse que estos datos no son inexactos, incompletos, inadecuados o excesivos y por tanto necesarios para

....., así como para el mantenimiento de la integridad de la historia clínica (cumplimentar según proceda).

SEGUNDO: Ordenar la notificación de la presente Resolución al/la interesado/a, haciéndole saber que contra la misma, que pone fin a la vía administrativa, podrá poner en conocimiento y solicitar la intervención del Delegado de Protección de datos (dpd.sspa@juntadeandalucia.es) del Servicio Andaluz de Salud o recabar la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos.

En, a... de de 201...

La Dirección-Gerencia.....

Vista la solicitud formulada por D./D^a, con DNI/NIE/pasaporte nº y NUHSA, con domicilio a efectos de notificaciones en la calle de (provincia), presentada en con fecha, resulta:

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO: Mediante escrito dirigido al Responsable del Fichero de Historias Clínicas de Centros de Salud e Historias Clínicas de Centros Hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud por parte de D./D^a, solicita la rectificación/supresión en (su o la, según sea titular o no de la historia clínica) historia clínica (nombre y apellidos del titular de la historia clínica, en los casos de representante voluntario o legal) de las anotaciones especificadas en su solicitud.

SEGUNDO: Mediante el citado escrito el/la interesado/a fundamenta su petición en

.....
.....

....

FUNDAMENTOS DE DERECHO

RESUELVE

PRIMERO: Que teniendo en cuenta lo previsto en 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 el Reglamento General de Protección de Datos (UE)2016/679 , procede lo solicitado, por considerar su petición ajustada a derecho.

Vistos los antecedentes citados, esta Dirección-Gerencia en virtud de las competencias delegadas por Resolución de 18 de febrero de 2015 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud (BOJA núm. 42), Responsable del Tratamiento de ficheros de Historias Clínicas de Centros de Salud e Historias Clínicas de Centros Hospitalarios, en ejercicio de las competencias reconocidas en la Orden de 11 de agosto de 2003, por la que se crean, modifican y suprimen ficheros automatizados de datos de carácter personal del Servicio Andaluz de Salud y en el Decreto 208/2015 de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

PRIMERO: Estimar la solicitud presentada por D./D^a en el AGS/Hospital/Distrito, de rectificación/supresión de las anotaciones reseñadas en su petición, al confirmarse que estos datos son inexactos, incompletos, inadecuados o excesivos, o considerados por parte de los profesionales (cumplimentar según proceda).

SEGUNDO: Ordenar la notificación de la presente Resolución al/la interesado/a, haciéndole saber que contra la misma, que pone fin a la vía administrativa, podrá poner en conocimiento y solicitar la intervención del Delegado de Protección de datos (dpd.sspa@juntadeandalucia.es) del Servicio Andaluz de Salud o recabar la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos.

En, de de 201.

La Dirección-Gerencia.....



Formulario para el ejercicio del derecho de Rectificación o Supresión de Datos de Carácter Personal de Ficheros del Servicio Andaluz de Salud EN REPRESENTACIÓN DE PERSONAS FALLECIDAS

SOLICITUD DIRIGIDA AL CENTRO SANITARIO DONDE CONSTAN LOS DATOS A MODIFICAR.

Nombre/Razón social: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (centro sanitario).....

Localidad:..... Provincia:..... Código postal:.....

1 DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA			
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/PASAPORTE	NUHSA	FECHA DE DEFUNCIÓN: DÍA.... MES..... AÑO.....

2 DATOS DE LA PERSONA QUE FORMULA LA PETICIÓN	
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR
CORREO ELECTRÓNICO	
TIPO DE VÍNCULO CON LA PERSONA FALLECIDA: CÓNYUGE/PAREJA HIJO/A PADRE/MADRE HERMANO/A OTRO (especificar).....	
3. LUGAR, FECHA Y FIRMA	
Con la firma del presente escrito la persona que formula la petición 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 PETICIONARIA	
Fdo.:	

4 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
DOMICILIO	LOCALIDAD	
PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO/S DE CONTACTO

5 DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (*)
Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor de la persona que formula la petición
Fotocopia del certificado de defunción
Fotocopia de la documentación que acredite relación/parentesco con persona fallecida (libro de familia actualizado o documento similar)

(*) "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:

Que se proceda a acordar la rectificación supresión (marcar lo que corresponda) de los datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho y se me notifique de forma escrita el resultado de la modificación practicada. Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un mes, que no procede practicar total o parcialmente las modificaciones propuestas, se me comunique motivadamente al amparo del artículo 12.4 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, o 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.

7. DATOS DEL FICHERO QUE SOLICITA MODIFICAR

7.1. DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR

7.2. DOCUMENTO/S EN EL/LOS QUE CONSTAN LOS DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR

Por medio del presente formulario ejerce el derecho de: rectificación supresión (marcar lo que corresponda), de conformidad con lo previsto en los artículos 16 y 17 del Reglamento General de Protección de Datos (UE)2016/679.

En _____, a _____ de _____ de 201_____

Firma de la persona peticionaria

PROTECCIÓN DE DATOS

El Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:

- El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
- 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.
- No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
- 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 la persona que formula la petición, serán los siguientes: "Solicitud dirigida al centro sanitario donde constan los datos a modificar", "1. Datos de la persona fallecida titular de la historia clínica", "2. Datos de la persona que formula la petición", "3. Lugar, fecha y firma", "4. Datos a efectos de notificación", "5. documentación que debe acompañar", "6. Solicita" y "7. Datos del fichero que solicita modificar: 7.1. Datos que solicita modificar y 7.2 Documento/s en el/los que constan los datos que solicita modificar".

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 fallecida 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 (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir) o, en su defecto NUHSA.
2. Datos de la persona que formula la petición
 - 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).
 - Tipo de vínculo con la persona fallecida
3. Lugar, fecha y firma
 - Cumplimentar el lugar y la fecha.
 - La persona peticionaria estampará su firma
4. Datos a efectos de notificación
 - Domicilio.
 - Localidad.
 - Provincia.
 - Código Postal.
 - Teléfono/s de contacto.
5. Documentación que se adjunta (ESTA DOCUMENTACIÓN ES PRECEPTIVA) (*):
 - Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor de la persona que formula la petición
 - Fotocopia del certificado de defunción del titular de la historia
 - Documentación acreditativa de existencia de vínculo familiar o de hecho, según la normativa vigente.
6. Solicita:
 - En este apartado marcar en la casilla correspondiente si solicita rectificación o supresión de datos.
7. Datos del fichero que solicita modificar: 7.1. Datos que solicita modificar:
 - Expresar textualmente la/s anotación/es que se solicitan.
 7.2. Documento/s en el/los que constan los datos que solicita modificar (ESTA DOCUMENTACIÓN ES PRECEPTIVA):
 - Detallar el/los documento/s que se adjuntan a la solicitud, en el/los que figuran las anotaciones a modificar (hoja de seguimiento de consulta, hoja de problemas, informe, etc.).

FIRMA DE LA SOLICITUD:

- En este apartado marcar en la casilla correspondiente si solicita rectificación o supresión de datos.
- Cumplimentar el lugar y la fecha.
- La persona que formula la petición estampará su firma en el apartado "Firma de la persona peticionaria".



Formulario para el ejercicio del derecho de Rectificación o Supresión de Datos de Carácter Personal de Ficheros del Servicio Andaluz de Salud PARA REPRESENTANTE LEGAL DE PERSONAS CON INCAPACIDAD JUDICIAL

SOLICITUD DIRIGIDA AL CENTRO SANITARIO DONDE CONSTAN LOS DATOS A MODIFICAR.

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

2 DATOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA REPRESENTACIÓN LEGAL	
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR
CORREO ELECTRÓNICO	
3. LUGAR, FECHA Y FIRMA	
Con la firma del presente escrito EL/LA REPRESENTANTE LEGAL 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	
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL	
Fdo.:	

4 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
DOMICILIO		LOCALIDAD
PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO/S DE CONTACTO

5 DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (*)
Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del/la paciente incapacitado/a Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del/la representante legal Fotocopia de la sentencia de incapacitación judicial en la que se otorga la tutoría

(*) "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:

Que se proceda a acordar la rectificación supresión (marcar lo que corresponda) de los datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho y se me notifique de forma escrita el resultado de la modificación practicada. Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un mes, que no procede practicar total o parcialmente las modificaciones propuestas, se me comunique motivadamente al amparo del artículo 12.4 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, o 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.

7. DATOS DEL FICHERO QUE SOLICITA MODIFICAR

7.1. DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR

7.2. DOCUMENTO/S EN EL/LOS QUE CONSTAN LOS DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR

Por medio del presente formulario ejerce el derecho de: rectificación supresión (marcar lo que corresponda), de conformidad con lo previsto en los artículos 16 y 17 del Reglamento General de Protección de Datos (UE)2016/679.

En, ade de 201

Firma del/la representante legal

PROTECCIÓN DE DATOS

El Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:

- El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
- 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.
- No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
- 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/la representante legal, serán los siguientes: "Solicitud dirigida al centro sanitario donde constan los datos a modificar", "1. Datos del/la paciente incapacitado/a", "2. Datos del/la representante legal", "3. Lugar, fecha y firma", "4. Datos a efectos de notificación", "5. Documentación que debe acompañar", 6. Solicita y 7. "Datos del fichero que solicita modificar: 7.1. Datos que solicita modificar y 7.2. Documento/s en el/los que constan los datos que solicita modificar".

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 del/la paciente incapacitado/a:

- 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) o, en su defecto NUHSA.

2. Datos del/la representante legal:

- 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.
- El/la representante legal estampará su firma.

4. Datos a efectos de notificación

- Domicilio.
- Localidad.
- Provincia.
- Código Postal
- Teléfono/s de contacto.

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

- Paciente incapacitado/a (1): Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor
- Representante legal (2): Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor.
- Fotocopia de la sentencia de incapacitación judicial en la que se otorga la tutoría.

6. Solicita:

- En este apartado marcar en la casilla correspondiente si solicita rectificación o supresión de datos.

7. Datos del fichero que solicita modificar: 7.1.

Datos que solicita modificar:

- Expresar textualmente la/s anotación/es que solicita modificar.

7.2. Documento/s en el/los que constan los datos que solicita modificar (ESTA DOCUMENTACIÓN ES PRECEPTIVA):

- Detallar el/los documento/s que se adjuntan a la solicitud en el/los que figuran las anotaciones que desea modificar (hoja de seguimiento de consulta, hoja de problemas, informe, etc.).

FIRMA DE LA SOLICITUD

- En este apartado marcar en la casilla correspondiente si solicita rectificación o supresión de datos.
- Cumplimentar el lugar y la fecha.
- El/la representante legal estampará su firma en el apartado "Firma del/la representante legal".

(*) "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"



Formulario para el ejercicio del derecho de Rectificación o Supresión de 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 CONSTAN LOS DATOS A MODIFICAR.		
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: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> La persona titular El/la representante </div>	

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:

Que se proceda a acordar la rectificación supresión (marcar lo que corresponda) de los datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho y se me notifique de forma escrita el resultado de la modificación practicada. Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un mes, que no procede practicar total o parcialmente las modificaciones propuestas, se me comunique motivadamente al amparo del artículo 12.4 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, o 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.

7. DATOS DEL FICHERO QUE SOLICITA MODIFICAR

7.1. DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR

7.2. DOCUMENTO/S EN EL/LOS QUE CONSTAN LOS DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR

Por medio del presente formulario ejerce el derecho de: rectificación supresión (marcar lo que corresponda), de conformidad con lo previsto en los artículos 16 y 17 del Reglamento General de Protección de Datos (UE)2016/679.

En _____, a _____ de _____ de 201

Firma del/la paciente o el/la representante

<p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>El Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:</p> <p>a) El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.</p> <p>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.</p> <p>c) No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.</p> <p>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</p>
--

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 constan los datos a modificar", "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 y 7. "Datos del fichero que solicita modificar: 7.1. Datos que solicita modificar y 7.2. Documento/s en el/los que constan los datos que solicita modificar".

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 compulsada pasaporte en vigor.
6. **Solicita:**
 - En este apartado marcar en la casilla correspondiente si solicita rectificación o supresión de datos.
7. **Datos del fichero que solicita modificar:**
 - 7.1. **Datos que solicita modificar:**
 - Expresar textualmente la/s anotación/es que solicita modificar.
 - 7.2. **Documento/s en el/los que constan los datos que solicita modificar (ESTA DOCUMENTACIÓN ES PRECEPTIVA):**
 - Detallar el/los documento/s que se adjuntan a la solicitud en el/los que figuran las anotaciones que desea modificar (hoja de seguimiento de consulta, hoja de problemas, informe, etc.).

FIRMA DE LA SOLICITUD:

- En este apartado marcar en la casilla correspondiente si solicita rectificación o supresión de datos.
- 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"