

SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE:

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

DATOS DEL SOLICITANTE:

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

SOLICITUD EN CALIDAD DE: (Marcar la opción correspondiente y acreditar documentalmente identidad y representación)

DOCUMENTACION QUE APORTA:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DNI/NIE/PASAPORTE | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO NACIMIENTO |
| <input type="checkbox"/> LIBRO DE FAMILIA | <input type="checkbox"/> AUTORIZACIÓN |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DEFUNCION
PODER NOTARIAL | <input type="checkbox"/> SENTENCIA DE DIVORCIO |
| | <input type="checkbox"/> OTROS |

DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD: (Indicar fecha y servicio)

El plazo para responder la presente solicitud será de 1 mes, pudiendo prorrogarse a 2 meses en caso de especial complejidad.

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

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de gestionar y atender su solicitud, y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable. El Responsable del Tratamiento es el Hospital Clínico San Carlos, cuyo delegado de protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Calle Melchor Fernández Almagro nº1 Madrid 28029. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), así como el 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 (RGPD). Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida en que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en Profesor Martín Lagos s/n, 28040, Madrid, a través del Servicio de Atención al Paciente, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Madrid a _____ de _____ de 202__

Firma del solicitante

DESEA RECIBIR SU DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: (elija una opción)

AUTORIZO:

Con fecha _____ a D. /Dña. _____
con DNI _____

- a solicitar en mi nombre,
 a recoger la documentación solicitada, habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada.

Firma y DNI del paciente.