

## IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

### Datos del Paciente

Nombre y Apellidos .....

F. Nacimiento ..... D.N.I. .... C.P. ....

Domicilio ..... Telf. ....

Localidad ..... Provincia ..... Móvil .....

### Datos del Solicitante

Nombre y Apellidos .....

Parentesco ..... D.N.I. .... C.P. ....

Domicilio ..... Telf. ....

Localidad ..... Provincia ..... Móvil .....

### Datos Históricos del Paciente

Centro y Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica:

.....

Tipo de asistencia:  Hospitalización  Consultas  Urgencias  Otro .....

Motivo de la Solicitud: .....

Documentos que solicita:

1.- .....

2.- .....

3.- .....

Firma y Fecha del Solicitante

*No rellene los espacios sombreados***A cumplimentar por el SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO:** Documentación APORTADA D.N.I. / Carnet Conducir / Pasaporte / NIE  Autorización  Otros .....Validación de copias:  
(Firma)

Fecha de recepción de solicitud: ..... / ..... / .....

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN:

Con la fecha ..... / ..... / ..... se hace entrega a D/Dña. ....

de la documentación solicitada, habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada.

Firma y sello del SAU:

Recibí (Firma y D.N.I.)

## IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

### Datos del Paciente

Nombre y Apellidos .....

F. Nacimiento ..... D.N.I. .... C.P. ....

Domicilio ..... Telf. ....

Localidad ..... Provincia ..... Móvil .....

### Datos del Solicitante

Nombre y Apellidos .....

Parentesco ..... D.N.I. .... C.P. ....

Domicilio ..... Telf. ....

Localidad ..... Provincia ..... Móvil .....

### Datos Históricos del Paciente

Centro y Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica:  
.....Tipo de asistencia:  Hospitalización  Consultas  Urgencias  Otro .....

Motivo de la Solicitud: .....

Documentos que solicita:

1.- .....

2.- .....

3.- .....

Firma y Fecha del Solicitante

*No rellene los espacios sombreados***A cumplimentar por el SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO:** Documentación APORTADA D.N.I. / Carnet Conducir / Pasaporte / NIE  Autorización  Otros .....

Validación de copias: (Firma) ..... Fecha de recepción de solicitud: ..... / ..... / .....

**A cumplimentar por el SERVICIO DE ARCHIVO:** (en caso de no remitir lo solicitado especificar causa).

Fecha de recepción de impreso de solicitud: ..... / ..... / .....

1.  Si  No 2.  Si  No 3.  Si  No Especificar causa .....Validación de copias:  
(Firma)

Fecha de envío ..... / ..... / .....

## IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

### Datos del Paciente

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

F. Nacimiento \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

### Datos del Solicitante

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

### Datos Históricos del Paciente

Centro y Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica:  
\_\_\_\_\_Tipo de asistencia:  Hospitalización  Consultas  Urgencias  Otro .....

Motivo de la Solicitud: \_\_\_\_\_

Documentos que solicita:

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

Firma y Fecha del Solicitante

*No rellene los espacios sombreados***A cumplimentar por el SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO:** Documentación APORTADA D.N.I. / Carnet Conducir / Pasaporte / NIE  Autorización  Otros \_\_\_\_\_

Validación de copias: (Firma) \_\_\_\_\_ Fecha de recepción de solicitud: ..... / ..... / .....

## **POR SU INTERÉS, ANTES DE RELLENAR EL IMPRESO LEA ATENTAMENTE ESTA INFORMACIÓN**

La **Ley 3/2009** de 11 de mayo de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia establece que el paciente tiene derecho de acceso a la documentación que obre en su historia clínica, salvo determinadas excepciones que contempla la ley.

Se le informa que esta solicitud con sus datos personales se incluirá en un fichero denominado **SUGESAN** y al ser **datos personales y relativos a la salud de los pacientes son confidenciales** y están sujetos a un régimen de protección, regulado en la **Ley Orgánica 15/1999** de protección de datos de carácter personal.

Si un usuario desea solicitar documentación clínica debe tener en cuenta estas **RECOMENDACIONES**:

1. El Servicio de Atención al Usuario del Centro en el que se le prestó asistencia, le facilitará un **impreso de solicitud** para su debida cumplimentación.
2. Es necesario que en la **solicitud conste el tipo de documento clínico que necesita**.
3. **Si su médico le entrega en la consulta algún documento, guárdelo, pues pudiera serle útil en el futuro**.
4. En ocasiones **es más útil el informe radiológico** que la propia imagen o placa de Rayos.
5. Si concurriese algún supuesto de sustitución previsto en el **art. 46.1** de la referida **ley 3/2009**, procederá el orden de prelación entre los familiares previsto en el **párrafo 2**.

### **REQUISITOS NECESARIOS PARA SOLICITAR / RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

Para **solicitar** y **retirar** la documentación clínica tiene que aportar una **documentación acreditativa y este impreso debidamente cumplimentado**.

#### **Si usted es el Paciente**

- ✓ **Original del DNI** (Carnet de Conducir, Pasaporte o NIE).

#### **Si usted es familiar o representante legal del Paciente aportará**

- ✓ **Autorización firmada por el Paciente** en la que conste: los documentos clínicos que precisa, los datos del paciente y los de la persona que solicita la documentación.
- ✓ **Original y copia del DNI** (Carnet de Conducir, Pasaporte o NIE) del solicitante y **copia del DNI** (Carnet de Conducir, Pasaporte o NIE) del paciente.
- ✓ Si el solicitante es un apoderado presentará **original y copia del DNI** (Carnet de Conducir, Pasaporte o NIE) y de la **escritura notarial de apoderamiento** que habilite la posibilidad de solicitar el acceso a los datos en nombre del paciente.

#### **En caso de menores, fallecidos, incapacitados, otros**

- ✓ **Documentación que acredite la relación familiar, de hecho, la patria potestad o la representación legal** (ejemplos: libro de familia, sentencia judicial, etc...).

### **ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

Una vez dispongamos de copia de la documentación solicitada, se le llamará por teléfono o se le enviará un mensaje de texto a su teléfono móvil indicándole que puede pasar a recogerla en el Atención al Usuario del Centro en el que se le prestó asistencia.

**Una vez retirada esta documentación su uso es responsabilidad del paciente o persona autorizada.**

**La copia de la documentación clínica solicitada deberá ser retirada en un plazo máximo de tres meses desde el aviso de recogida.**

**ES MUY IMPORTANTE QUE SU DIRECCIÓN POSTAL Y SU TELÉFONO MÓVIL ESTÉN CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADOS EN EL IMPRESO DE SOLICITUD.**