

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/...../.....

COPIA ARCHIVO



NHC

--	--	--	--	--	--	--

Nº SUGESAN

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 concurrese 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.