

Área de salud de Don Benito-Villanueva  
Servicio de Admisión y Doc. Clínica.

**SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

**Nº REG:** \_\_\_\_\_ **Nº H.C.** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ CIP \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN SOLICITADA Y FECHA**

Pruebas (especificar):

RX \_\_\_\_\_ RMN \_\_\_\_\_ PET \_\_\_\_\_

TAC \_\_\_\_\_ ECO \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

Informes Médicos de los Servicios:

**LA DOCUMENTACIÓN ES SOLICITADA POR: (señalar lo que proceda)**

El propio paciente

Otra persona:

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA SOLICITUD: (segunda opinión, judicial, INSS, etc):**

Firma y fecha solicitud:

Firma y DNI ( al recoger ) y fecha:

DECLARACIÓN JURADA: Declaro bajo mi responsabilidad, que reúno los requisitos que establece la legislación vigente para acceder a la documentación que solicito, como manifiesto en la presente solicitud y en la documentación presentada



## **REQUISITOS PARA SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

### **Solicitada por el propio paciente:**

- Cumplimentar impreso de “Solicitud de Documentación Clínica”
- Presentar DNI y fotocopia del mismo.

### **Solicitante distinto/a al titular de la HC:**

- Cumplimentar impreso de “Solicitud de Documentación Clínica”
- Autorización por escrito del/la paciente donde detalle nombre, apellidos y DNI del/la solicitante.
- Presentar DNI y fotocopia del/la solicitante y fotocopia del DNI del paciente.

### **Menores de edad : (menores de 16 años):**

- Cumplimentar impreso de “Solicitud de Documentación Clínica”
- Fotocopia Libro de Familia
- Presentar DNI de los padres o tutor/a y fotocopia del mismo.
- En el caso de Padres Separados o Divorciados: Justificación de tener la patria potestad.
- En caso de no tenerla: autorización de la otra parte o petición por Orden Judicial.
- Abuelos: autorización por escrito del padre/madre o tutor legal que ostente la patria potestad.

### **Éxitus:**

- Cumplimentar impreso de “Solicitud de Documentación Clínica”
- Presentar DNI y fotocopia del/la solicitante y fotocopia del DNI del paciente.
- Familiar Directo: Libro de Familia
- Familiar no Directo: Testamento y Certificado de Últimas Voluntades o Declaración de Herederos
- Pareja de Hecho: Certificado de Convivencia o Inscripción en el Registro de Parejas de Hecho.

### **Personas Incapacitadas:**

- Cumplimentar impreso de “Solicitud de Documentación Clínica”
- Documento que acredite la Incapacitación, en el que se especifique la tutoría legal.
- Presentar DNI del/la Tutor/a Legal y fotocopia del mismo.

### **Centro Hospitalario:**

- Solicitud por escrito del centro.
- Autorización por escrito del/la paciente.
- Fotocopia DNI del/la paciente.

**Aviso legal:** En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) se informa que todos los datos que nos proporcione serán incorporados a un fichero, creado y mantenido bajo la responsabilidad de la Gerencia del Área de Salud de Don Benito-Villanueva, del Servicio Extremeño de Salud. La finalidad de la recogida y tratamiento de los datos personales es la gestión de servicios y tareas administrativas relacionadas. Para ejercer sus derechos de oposición, rectificación o cancelación deberá dirigirse a la Gerencia del Área de Salud de Don Benito-Villanueva, en la Avenida Alonso Martín, s/n, 06400 de Don Benito.