



Nº Rº: _____
Nº Hª Cª: _____

SOLICITUD DE COPIA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento : ____/____/____ Tlfno de Contacto : ____/____

Marcar si solicita envío por correo:

Domicilio: _____ C.P. _____

Municipio: _____ Provincia: _____

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

.....
.....
.....

MOTIVO DE LA SOLICITUD (Segunda opinión, tribunal médico, judicial, seguro, valoración discapacidad...)

.....

LA DOCUMENTACIÓN ES SOLICITADA POR (señalar lo que proceda)

El propio paciente

Otra persona: Nombre: _____

DNI: _____ Tlfno: _____

Parentesco: _____

En Llerena, a ____ de ____ de 20____

Firmado:

ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN

Con fecha ____/____/____ de 20____, la Unidad de Documentación y Archivo hace entrega a D/Dña: _____

ENTREGADO:

RECIBÍ:

S.A.U.

D.N.I. : _____

RECOMENDACIONES PARA SOLICITAR COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

- . El Servicio de Atención al Usuario, le facilitará un impreso de solicitud que deberá cumplimentar adecuadamente.
- . Es muy importante que en el impreso especifique el tipo de documento que necesita y la fecha en que se produjo.
- . En ocasiones es más útil el informe radiológico que la propia imagen o placa de Rayos, no lo pida si no es necesario.
- . Tenga en cuenta que el programa JARA está implantando en todos los Centros de Salud y Hospitalarios de la Comunidad. Si necesita documentación para alguna consulta de estos centros no es necesario que la pida pues ellos podrán verla a través del programa.

REQUISITOS NECESARIOS PARA SOLICITAR/RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (ORIGINAL/COPIA COMPULSADA)

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

- SI USTED ES EL PACIENTE.
 - . Original y copia del DNI (Carné de Conducir, Pasaporte....)
- SI NO ES EL PACIENTE.
 - . Original y copia del DNI (Carné de Conducir, Pasaporte.....) del solicitante y del paciente.
 - . Autorización (que figura en este impreso).
 - . Si el solicitante es un Apoderado presentará Original y Copia DNI (Carné de Conducir, Pasaporte, ...) y de la Escritura Notarial de Apoderamiento que habilite la posibilidad de solicitar el acceso a los datos en nombre del paciente.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

- Una vez dispongamos de la copia de la documentación solicitada, se le enviará POR CORREO a la dirección que nos haya indicado.
- Si tiene cita en los próximos 15 días, debe presentar la nota de cita y cuando esté preparada la documentación, se le llamará por teléfono indicándole que puede pasar a recogerla en el Servicio de Atención al Usuario donde presentó la solicitud (la copia de la documentación clínica deberá ser retirada en un plazo máximo de tres meses desde el aviso de recogida)

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR/RECOGER COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

D/Dª..... con DNI.....

Autoriza a D/Dª..... con DNI.....

A recoger la documentación clínica solicitada con fecha

Fecha y Firma. (Del Paciente).

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD, QUE REÚNO TODOS LOS REQUISITOS QUE ESTABLECE LA LEGISLACIÓN VIGENTE PARA ACCEDER A LA DOCUMENTACIÓN QUE SOLICITO, COMO MANIFIESTA LA PRESENTE SOLICITUD Y LA DOCUMENTACIÓN APORTADA.

Entrega de Documentación: Con fecha se hace entrega a D Dª..... con DNI de la documentación solicitada habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada.

Firma y Sello del SAU:

Recibi: