Núm. Doc. Identificativo

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Formulario para el ejercicio del derecho de ACCESO a los Datos de Carácter Personal de Ficheros del Servicio Andaluz de Salud PARA REPRESENTANTE LEGAL DE PERSONAS CON INCAPACIDAD JUDICIAL

SOLICITUD DIRIGIDA AL CENTRO SANITARIO DONDE CONSTA LA HISTORIA CLÍNICA.
Nombre/Razón social: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (centro sanitario)……
Localidad:…….. Provincia:…… Código postal:……..

1 DATOS DE LA PERSONA TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA		
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR	NUHSA
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL

2 DATOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA REPRESENTACIÓN LEGAL	
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR
CORREO ELECTRÓNICO	

3. LUGAR, FECHA Y FIRMA

Con la firma del presente escrito EL/LA REPRESENTANTE LEGAL DECLARA que los datos son ciertos, así como la documentación que se adjunta, asumiendo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos.

En …….. a ……..de …….. de ……..

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: ……

4 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
DOMICILIO		LOCALIDAD
PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO/S DE CONTACTO

5 DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (*)

- ☐ Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del/la paciente incapacitado/a
- ☐ Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor del/la representante legal
- ☐ Fotocopia de la sentencia de incapacitación judicial en la que se otorga la tutoría

(*) "Si se presenta el documento original junto a la fotocopia, no es necesario que esta sea compulsada, condición necesaria en caso de no presentar dicho original"

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

6. SOLICITA:

Al amparo del artículo 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y conforme a lo preceptuado en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, formular la petición de copia de la historia clínica que a continuación se especifica:

Cumplimentar este apartado en caso de estar interesado en un proceso clínico concreto o en varios

6.1. PROCESO/S CLÍNICO/S Y ESPECIALIDAD

Cumplimentar este apartado en caso de estar interesado en la copia de su historia clínica completa generada en este centro

6.2. DESCRIPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un mes que no procede, se me comunique motivadamente al amparo del artículo 12.4 del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, a fin de que pueda solicitar información y/o la tutela de derechos al Delegado de Protección de Datos (dpd.sspa@juntadeandalucia.es) del Servicio Andaluz de Salud, acudir a la autoridad de control en materia de protección de datos competente en Andalucía o en su defecto a la autoridad de control nacional.

Asimismo, PRESTAN SU CONSENTIMIENTO para el tratamiento de datos en los términos definidos en la cláusula de protección de datos incluida en este formulario.

En ……., a …… de …… de 201

Firma del/la representante legal

Cláusula de protección datos de acceso a la historia clínica

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:
a) El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
b) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para facilitar el ejercicio de los derechos de acceso en relación a los datos de la historia de salud de Andalucía, cuya base jurídica es el consentimiento de la persona interesada.
c) No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puede consultar información detallada en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondatos

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Se rellenará utilizando letra mayúscula para facilitar la lectura de los datos.
- Los apartados que rellenará exclusivamente el/la representante legal, serán los siguientes: "Solicitud dirigida al centro sanitario donde consta la historia clínica", "1. Datos del/la paciente incapacitado/a", "2. Datos del/la representante legal", "3. Lugar, fecha y firma", "4. Datos a efectos de notificación", "5. Documentación que debe acompañar", "6. Solicita: 6.1. Proceso/s clínico/s y especialidad (en caso de que esté interesado/a en un proceso clínico concreto o en varios) o 6.2. Descripción de la documentación solicitada (en caso de que esté interesado/a en copia de la historia clínica completa)".

DATOS IMPRESCINDIBLES:

La no aportación de alguno de los datos que a continuación se especifican, conllevará la suspensión temporal del procedimiento de tramitación de la solicitud, en tanto no sea subsanada (**plazo 10 días hábiles, sin contar los sábados**) por el/la paciente o el/la representante (Artículo 22 de la ley 39/2015 de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las AAPP).

1. Datos del/la paciente incapacitado/a:
   - Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
   - Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte en vigor (número de DNI/NIE/pasaporte) o, en su defecto NUHSA.

2. Datos del/la representante legal:
   - Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, solo un apellido).
   - Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte en vigor (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir).

3. Lugar, fecha y firma:
   - Cumplimentar el lugar y la fecha.
   - El/la representante legal estampará su firma.

4. Datos a efectos de notificación:
   - Domicilio.
   - Localidad.
   - Provincia.
   - Código Postal
   - Teléfono/s de contacto.

5. Documentación que se adjunta (ESTA DOCUMENTACIÓN ES PRECEPTIVA) **(*)**:
   - Paciente incapacitado/a (1): Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor
   - Representante legal (2): Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor.
   - Fotocopia de la sentencia de incapacitación judicial en la que se otorga la tutoría.

6. Solicita:
   - En caso de que esté interesado/a en un proceso clínico concreto o en varios, detallar los mismos
   - En caso de que esté interesado/a en copia de la historia clínica completa, describir la documentación que solicita.

FIRMA DE LA SOLICITUD:

- Cumplimentar el lugar y la fecha.
- El/la representante legal estampará su firma en el apartado "Firma del/la representante legal".

(*) "Si se presenta el documento original junto a la fotocopia, no es necesario que esta sea compulsada, condición necesaria en caso de no presentar dicho original"