

SOLICITUDE DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

SERVIZO DE ADMISIÓN E DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DATOS PACIENTE

Nome e apelidos	
DNI	CIP Tarxeta sanitaria
Domicilio	
Concello	C.P.
Teléfono de contacto	
Documentación acreditativa presentada	<input type="checkbox"/> Orixinal e copia de DN

DATOS DO SOLICITANTE (de non ser o paciente)

Nome e apelidos	
DNI	
Domicilio	
Concello	C.P.
Teléfono de contacto	

Condición / documentación acreditativa presentada

<input type="checkbox"/> Representante legal/autorizado: Orixinal e copia de DNI do solicitante; copia de DNI do paciente representado; Orixinal e copia de certificación da representación legal; Autorización de entrega de petición (non válida para recollida de documentación sen a presenza do paciente). <input type="checkbox"/> Pai / nai do menor de 16 anos titulares da patria potestade: Orixinal e copia de DNI do proxenitor; Orixinal e copia do libro de familia ou certificado de nacemento. <input type="checkbox"/> Titor legal do menor de 16 anos: Orixinal e copia de DNI do titor legal; orixinal e copia da sentenza xudicial na que se designa titor legal.	<input type="checkbox"/> Titor legal da persoa minusválida: Orixinal e copia de DNI do titor legal; Orixinal e copia da sentenza de incapacidade e de designación de titor legal. <input type="checkbox"/> Parente paciente falecido: Orixinal e copia de certificado de defunción (de non ter falecido en centros hospitalarios da XXI de Ferrol): Orixinal e copia do DNI do solicitante; Orixinal e copia da documentación acreditativa do parentesco ou vinculación co falecido (libro de familia/ certificado de inscrición no rexistro de parellas de feito/ certificado de convivencia/ testamento/outra documentación admitida en dereito acreditativa do vínculo familiar ou de feito). Orixinal e copia de últimas vontades e último testamento se existise. <input type="checkbox"/> Por un terceiro, por situación de risco obxectivo para a saúde: Orixinal e copia de DNI do interesado, motivación científico - técnica da situación de risco
---	---

MOTIVACIÓN DA SOLICITUDE

Cofecer os motivos da súa solicitude permitirá proporcionarlle a documentación axeitada ás súas necesidades

- Atención noutro centro
 Trámites relacionados coa saúde
 Motivos persoais
 Outros:

Se o considera necesario, amplíe a información sobre os motivos da solicitude

.....

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA SOLICITADA

Tipo de asistencia
 AP Consultas Urgencias Hospitalización

Data da prestación na que se solicita a documentación:

Documentación:

Informe de seguimento /alta en AP
 Informe de urgencias PAC
 Informe de urgencias hospitalarias
 Informe de seguimento/alta en consultas externas
 Informe valoración probas diagnósticas/exploracións complementarias
 Informe de anestesia
 Informe de quirófano / rexistro de parto
 Informe de alta de episodio de atención
 Informe de autopsia
 Outros (detallar):

Nos termos do artigo 71 bis da *Ley 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das Administracións Públicas e do procedemento administrativo común*, **DECLARO RESPONSABLEMENTE** que os datos persoais expostos nesta solicitude son certos, cumprindo os requisitos para o exercicio do dereito de acceso á información clínica solicitada.

De conformidade co previsto na Ley estatal 41/2002, do 14 de novembro, na Lei galega 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, modificada pola Lei 3/2005, do 7 de marzo, **SOLICITO COPIA DA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA INDICADA NA SOLICITUDE**

DATA: _____ **ASINA:** _____

AUTORIZACIÓN

D/DNA.:

-----con DNI.:

----- Autoriza a D/NA.:

-----Con DNI.:

A solicitar e recoller os meus informes ou documentación sanitaria. Fdo.:

COMPROBACIÓN DE REQUISITOS DA SOLICITUDE

ACEPTADA

NON ACEPTADA. Motivo:

Profesional que efectúa a comprobación:-----

Centro de traballo:-----

ENTREGA DA DOCUMENTACIÓN

En data ----- / ----- / ----- Efectúase entrega de copia da documentación clínica solicitada a

D. /Dna. ----- ,

previa acreditación da súa identidade.

Soporte papel

Copia informática DVD nº: -----

Profesional que efectúa a entrega

Recibín (data e DNI)