

SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE

DATOS PACIENTE

Nombre y apellidos	
DNI	CIP Tarjeta sanitaria
Domicilio	
Ayuntamiento	C.P.
Teléfono de contacto	
Documentación acreditativa presentada	<input type="checkbox"/> Original y copia de DN

DATOS DEL SOLICITANTE (de no ser el paciente)

Nombre y apellidos	
DNI	
Domicilio	
Ayuntamiento	C.P.
Teléfono de contacto	

Condición / documentación acreditativa presentada

<input type="checkbox"/> Representante legal/autorizado: Original y copia de DNI del solicitante; copia de DNI del paciente representado; Original y copia de certificación de la representación legal; Autorización de entrega de petición (no válida para recogida de documentación sin la presencia del paciente). <input type="checkbox"/> Padre / madre del menor de 16 años titulares de la patria potestad: Original y copia de DNI del progenitor; Original y copia del libro de familia o certificado de nacimiento. <input type="checkbox"/> Tutor legal del menor de 16 años: Original y copia de DNI del tutor legal; original y copia de la sentencia judicial en la que se designa tutor legal.	<input type="checkbox"/> Tutor legal de la persona discapacitada: Original y copia de DNI del tutor legal; Original y copia de la sentencia de incapacidad y de designación de tutor legal. <input type="checkbox"/> Pariente paciente fallecido: Original y copia de certificado de defunción (de no haber fallecido en centros hospitalarios de la XXI de Ferrol); Original y copia del DNI del solicitante; Original y copia de la documentación acreditativa del parentesco o vinculación con el fallecido (libro de familia/ certificado de inscripción en el registro de parejas de hecho/ certificado de convivencia/ testamento/otra documentación admitida en derecho acreditativa del vínculo familiar o de hecho). Original y copia de últimas voluntades y último testamento si existiese <input type="checkbox"/> Por un tercero, por situación de riesgo objetivo para la salud: Original y copia de DNI del interesado, motivación científico-técnica de la situación de riesgo
--	---

MOTIVACIÓN DE LA SOLICITUD

Conocer los motivos de su solicitud permitirá proporcionarle la documentación adecuada a sus necesidades

<input type="checkbox"/> Atención en otro centro <input type="checkbox"/> Trámites relacionados con la salud <input type="checkbox"/> Motivos personales <input type="checkbox"/> Otros: _____ _____ _____ <p style="text-align: center;">Si lo considera necesario, amplíe la información sobre los motivos de la solicitud</p> _____ _____ _____ _____ _____ _____
--

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA SOLICITADA

Tipo de asistencia <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización Fecha de la prestación en la que se solicita la documentación: _____ Documentación: <input type="checkbox"/> Informe de seguimiento /alta en AP <input type="checkbox"/> Informe de urgencias PAC <input type="checkbox"/> Informe de urgencias hospitalarias <input type="checkbox"/> Informe de seguimiento/alta en consultas externas <input type="checkbox"/> Informe valoración pruebas diagnósticas/exploraciones complementarias <input type="checkbox"/> Informe de anestesia <input type="checkbox"/> Informe de quirófano / registro de parto <input type="checkbox"/> Informe de alta de episodio de atención <input type="checkbox"/> Informe de autopsia <input type="checkbox"/> Otros (detallar): _____ _____ _____

En los términos del artículo 71 bis de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común, **DECLARO RESPONSABLEMENTE** que los datos personales expuestos en esta solicitud son ciertos, cumpliendo los requisitos para el ejercicio del derecho de acceso a la información clínica solicitada.

De conformidad con lo previsto en la Ley estatal 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley gallega 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, modificada por la Ley 3/2005, de 7 de marzo, SOLICITO **COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA INDICADA EN LA SOLICITUD.**

FECHA:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN

D/DNA.: -----

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

----- Con DNI.: -----

A solicitar y recoger mis informes o documentación sanitaria. Fdo.:

COMPROBACIÓN DE REQUISITOS DE LA SOLICITUD

ACEPTADA

NO ACEPTADA. Motivo: -----

Profesional que efectúa la comprobación:-----

Centro de trabajo:-----

ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN

En fecha ----- / ----- / ----- Se efectúa entrega de copia de la documentación clínica solicitada a D. /Dna. ----- ,
previa acreditación de su identidad.

Soporte papel

Copia informática DVD nº: -----

Profesional que efectúa la entrega

Recibí (fecha y DNI)