



Solicitud de Historia Clínica

D. /Dña. _____, con D.N.I. número _____ y domicilio en _____, en su condición de _____ (rellenar si el solicitante es distinto del paciente), y teléfonos de contacto _____. Dirección de correo electrónico: _____.

SOLICITO

Que me sea expedida una copia de la siguiente documentación clínica

[Empty box for clinical documentation request]

que se disponga en ese centro sanitario de D./Dña. _____ con D.N.I. número _____, que fue atendido en ese centro el año _____ bajo la asistencia del Dr. _____, y con historia clínica número _____.

En el caso de querer realizar su solicitud por correo electrónico deberá remitir esta solicitud, correctamente cumplimentada y firmada al correo electrónico: cordoba.documentación@sjd.es.

Asimismo, declaro que la representación que invoco se encuentra plenamente vigente en la actualidad (solo para el supuesto en que el solicitante actúe como representante del paciente, legal o voluntario).

En _____, el _____ de _____ de 20____.

Firma del solicitante: [Dotted box for signature]

El Hospital San Juan de Dios de Córdoba, con domicilio social en la Avd. El Brillante 106- 14012 Córdoba, le informa de que sus datos personales serán incorporados a un fichero debidamente declarado, con la finalidad gestionar los servicios sanitarios y de administración del hospital o centro. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Servicio de "Atención al Paciente" del Centro a la dirección del Hospital referido, aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.

Entrega de la Documentación

Aprobación entrega

Fecha:

Recibido y conforme.
Nombre paciente o persona autorizada:

Fecha:

Firma:



Documento de autorización de recogida (sólo si el solicitante no recoge por sí mismo la documentación)

D./Dña. _____, con D.N.I. número _____, y domicilio en _____

1º) AUTORIZO a D./Dña. _____, con D.N.I. número _____, a que comparezca en mi nombre y representación ante _____ [indicar centro] para recoger la copia de la información contenida en la historia clínica solicitada en fecha _____.

En _____, a _____ de _____ de 20_.

Firma del solicitante:

El Hospital San Juan de Dios de Córdoba, con domicilio social en la Avd. El Brillante 106- 14012 Córdoba, le informa de que sus datos personales serán incorporados a un fichero debidamente declarado, con la finalidad gestionar los servicios sanitarios y de administración del hospital o centro. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Servicio de "Atención al Paciente" del Centro a la dirección del Hospital referido, aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.





Instrucciones para el Acceso a la Documentación de la Historia Clínica

Se entiende por historia clínica el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada paciente. Las limitaciones aquí indicadas para acceder a los datos contenidos en la historia clínica, se establecen en salvaguarda del derecho a la intimidad del paciente, en cumplimiento de los mandatos contenidos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica

	¿Quién puede acceder a la Historia Clínica?	Documentación a aportar junto con el escrito de solicitud (*)
▪ Menores de 14 años	A) Representante legal (padre, madre, tutor)	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del documento que acredite la representación legal
	B) Persona autorizada mediante autorización expresa del representante legal	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Copia del documento que acredite la representación legal 4.-Autorización expresa del representante legal
▪ Mayores de 14 años y menores de 18 años no emancipados	A) El propio paciente	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente
	B) Representante legal (padre, madre, tutor)	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del documento que acredite la representación legal
	C) Persona autorizada mediante autorización expresa del paciente	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Autorización expresa del paciente
	D) Persona autorizada mediante autorización expresa del representante legal	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Copia del documento que acredite la representación legal 4.-Autorización expresa del representante legal
▪ Mayores de 18 años y menores de 18 años emancipados	A) El propio paciente	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente
	B) Persona autorizada mediante autorización expresa del paciente	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Autorización expresa del paciente
▪ Incapacitados legalmente	A) Representante legal (determinado en la sentencia de incapacidad)	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del documento que acredite la representación legal
	B) Persona autorizada mediante autorización del representante legal	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Copia del documento que acredite la representación legal 4.-Autorización expresa del representante legal
▪ Fallecidos	A) Persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente (salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente)	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente 2.-Copia del/de los documento/s que acredite/n el vínculo familiar o de hecho con el paciente 3.-Copia del Certificado de defunción en caso de que el paciente no haya fallecido en el centro
	B) Persona autorizada mediante autorización expresa de la persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente (salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente)	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Copia del/de los documento/s que acredite/n el vínculo familiar o de hecho con el paciente 4.-Autorización expresa de la persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente 5.-Copia del Certificado de defunción en caso de que el paciente no haya fallecido en el centro





Recogida de la Documentación Solicitada

El solicitante o la persona expresamente autorizada por él (en el caso de autorizaciones, utilizar el modelo que aparece en el escrito de solicitud) podrá recoger la documentación solicitada tras recibir aviso por parte del Departamento de Documentación Clínica comunicándole que ya está disponible. Para ello deberá acudir de lunes a viernes de 10.00h a 12.00h al servicio de Documentación Clínica del Hospital San Juan de Dios de Córdoba **con la documentación pertinente en vigor para recoger la copia de los documentos solicitados y firmar como recibido en la solicitud, consignándose la fecha en que se retira la documentación.**

La documentación solicitada estará en lugar de recogida durante un mes. Pasado este tiempo, se devolverá a Archivo, debiendo solicitarse de nuevo.

