

SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE / USUARIO

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE ASISTENCIA CUYA DOCUMENTACIÓN SE SOLICITA _____ E-MAIL _____

DIRECCIÓN _____ MUNICIPIO _____ CÓDIGO POSTAL _____

SOLICITANTE:

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ DNI _____ TELÉFONO _____

Situación actual del titular: Incapacitado Menor Fallecido

DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE:

Declaro bajo mi responsabilidad, que reúno todos los requisitos que establece la legislación vigente para acceder a la documentación que solicito, como manifiesto en la presente solicitud en la documentación aportada

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

MOTIVO DE PETICIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN:

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA:

TIPO DE ASISTENCIA QUE GENERÓ LA H.C. :

Hospitalización médica Hospitalización quirúrgica Ambulatoria Urgencias Otros (especificar) _____

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVOS

Nº DE HC EN TICARES:

Nº ORDEN HC DE HOSPITALIZACIÓN :

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD EN DOCUMENTACIÓN: _____ / _____ /20____

FECHA DE ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN AL PETICIONARIO: _____ / _____ /20____

PERSONA QUE AUTORIZA EL DESTINO:

Solicitante: _____ En Córdoba a _____ / _____ /20____

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales, le informamos de que sus datos serán incorporados a un fichero de titularidad del Hospital San Juan de Dios de Córdoba con la finalidad de controlar y gestionar la recogida de documentación clínica del paciente. En este sentido, le reiteramos nuestro compromiso de uso responsable y confidencial de los datos de carácter personal. No obstante, cuando usted lo desee podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando una carta al Hospital San Juan de Dios de Córdoba, con la referencia 'Protección de datos' a la siguiente dirección: Avda. del Brillante, 106. CP. 14012, Córdoba