



# SOLICITUD DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

CÓDIGO SIA 

2	4	0	1	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---

<b>DESTINO</b>	<b>HOSPITAL SON LLATZER</b>
<b>CÓDIGO DIR3</b>	<b>A04005002</b>

**PACIENTE** (por favor, escriba en mayúsculas):

DNI/NIE	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Apellido 1	<input type="text"/>	Apellido 2	<input type="text"/>
Dirección electrónica	<input type="text"/>		Teléfono Móvil <input type="text"/>
Dirección postal	<input type="text"/>		
Código Postal	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>

**REPRESENTANTE** (solo en caso de representación voluntaria, incapacidad o menores de 14 años no emancipados)<sup>1</sup>

<input type="radio"/> Tutor legal		<input type="radio"/> Progenitor		<input type="radio"/> Representante voluntario	
DNI/NIE	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>		
Apellido 1	<input type="text"/>	Apellido 2	<input type="text"/>		
Dirección electrónica	<input type="text"/>		Teléfono Móvil	<input type="text"/>	
Dirección postal	<input type="text"/>				
Código Postal	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>		
Provincia	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>		
<b>Medio de acreditación de la representación voluntaria</b>		OREA	<input type="radio"/> Otros: <input type="text"/>		

**CANAL PREFERENTE DE NOTIFICACIÓN**<sup>2</sup>

<b>Notificación a:</b>	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Persona o entidad representante
<input type="radio"/> <b>Notificación electrónica (obligatoria para las personas jurídicas y opcional para las personas físicas)</b> Sujetos obligados a relacionarse electrónicamente con las administraciones públicas de acuerdo con lo que establece el artículo 14.2 y 3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.		
Los avisos de la puesta a disposición de la notificación en la <a href="#">Carpeta Ciudadana de la Sede Electrónica del GOIB</a> <sup>3</sup> se enviarán:		
<input type="radio"/> A la dirección electrónica de la persona interesada		
<input type="radio"/> En la dirección electrónica del representante		
<input type="radio"/> A la dirección electrónica diferente indicada a continuación:		

**Notificación por correo postal(seleccione una):**

A la dirección del paciente

A la dirección del representante

**EXPONGO**

Que quiero ejercer el derecho de acceso a determinados datos, en virtud del artículo 15 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016; del artículo 13 de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y 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.

**SOLICITO<sup>4</sup>**

1. Que se me facilite la información relacionada con el tratamiento de los datos personales sobre los que ejerzo el derecho de acceso en el plazo de un mes, contado desde la fecha de registro de esta solicitud y por uno de los siguientes medios:
  - Correo Postal
  - Carpeta Ciudadana de la Sede electrónica del GOIB
  - Recogida de la información en las instalaciones del responsable del tratamiento. "Hospital Son Llatzer"
  - Otro medio [indíquelo]:
2. Que, si no se da curso a esta solicitud, me informen sin demora, como máximo un mes después de la fecha de registro, sobre las razones para no atenderla, de forma que pueda presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos y emprender las acciones jurídicas oportunas.

**Datos de la historia clínica del solicitante por los que se solicita acceso**

- Historia clínica completa
- Informes médicos realizados
- Pruebas radiológicas
- Resultados de laboratorio
- Otros

Periodo: desde:  fin:

Especifique documentación solicitada (por favor, escriba en mayúsculas) <sup>5</sup>:

**DOCUMENTACIÓN<sup>6</sup>**

**Documentación que se adjunta**

1.

2.

## INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con el **Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos** por la que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), y con la legislación vigente en materia de protección de datos, informamos del tratamiento de los datos personales consignados en esta solicitud.

**Finalidad del tratamiento y base jurídica.** Los datos personales contenidos en esta solicitud serán tratados por el Servicio de Salud de las Islas Baleares e incorporados a la actividad de tratamiento "Gestión de derechos de los interesados". El tratamiento de estos datos es necesario para cumplir una obligación legal.

**Responsable del tratamiento. Dirección** Hospital Universitario Son Llatzer, C/ de Manacor, km 4, Levante, 07198 Palma.

**Destinatarios de sus datos personales.** Otros órganos de la Comunidad Autónoma, otros órganos de la Administración del Estado, órganos de la Seguridad Social y entidades sanitarias

**Plazo de conservación de los datos personales.** Los datos se mantendrán durante el tiempo que sea necesario para cumplir la finalidad por la que se han recogido y para determinar las posibles responsabilidades que puedan derivarse de esta finalidad y del tratamiento de los datos.

**Ejercicio de derechos y reclamaciones.** Tiene derecho a oponerse al tratamiento de estos datos y a limitar y también a acceder, rectificar y suprimir los datos y ejercer el derecho a la portabilidad. Para ejercer estos derechos debe presentar una solicitud por escrito dirigida al Servicio de Atención a el Usuario del Servicio de Salud de las Islas Baleares (C/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma) acompañada de una copia del documento oficial de identificación (DNI/NIE, carné de conducir o pasaporte). Además, puede dirigirse en la Agencia Española de Protección de Datos y otros organismos públicos competentes para cualquier reclamación derivada del tratamiento de estos datos personales.

**Delegación de Protección de Datos.** La Delegación de Protección de Datos del Hospital Universitario Son Llatzer, C/ de Manacor, km 4, Levante, 07198 Palma. El correo electrónico de contacto es [dpd@ibsalut.es](mailto:dpd@ibsalut.es)

,  de  de 20

(Localidad, fecha y firma)

## INSTRUCCIONES

Escriba preferentemente en mayúsculas.

1. En caso de que formalice la solicitud un representante, se consignarán todos los datos del paciente en el apartado correspondiente («Paciente»)
  - a. **Progenitor:** Persona física que ejerce la patria potestad. Si se formaliza la solicitud por medio de un progenitor, debe acreditarse esta condición y presentar el documento acreditativo. De conformidad con el artículo 156 del Código Civil, respecto a terceros de buena fe, se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro progenitor.
  - b. **Tutor legal:** Persona física que ejerce la tutela sobre un menor o incapacitado. Si se formaliza la solicitud por medio de un tutor legal, debe acreditarse esta condición y presentar el documento acreditativo.
  - c. **Representante voluntario:** En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 39/2015, quien actúe como representante debe acreditar la representación con cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna. Si acredita la representación por un medio diferente a la inscripción en el Registro Electrónico de Apoderamientos (REA), debe presentar el documento que lo acredite.

Asimismo, el representante legal manifiesta bajo su responsabilidad que, en la fecha de esta solicitud, no existe ninguna circunstancia que pueda afectar a la validez de la documentación acreditativa presentada referente a la representación legal del interesado. Igualmente, en caso de que el ejercicio de derecho lo haya efectuado uno de los progenitores del menor, éste manifiesta estar actuando en el ejercicio ordinario de la patria potestad siempre con el conocimiento y el consentimiento del otro progenitor en virtud de lo previsto el artículo 156 del Código Civil.

2. Señale como canal preferente de notificación una de las opciones, salvo que esté obligado a relacionarse electrónicamente con la Administración, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.
3. Es importante que consigne una dirección de correo electrónico para recibir el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica en la [Carpeta Ciudadana de la Sede Electrónica del GOIB](https://www.caib.es/carpeta) (<https://www.caib.es/carpeta>). También tiene disponible la notificación electrónica en la [Dirección Electrónica Habilitada Única \(DEHU\)](https://dehu.redsara.es/) (<https://dehu.redsara.es/>).
4. Si solicita la historia clínica completa, ésta no podrá ser facilitada mediante Carpeta Ciudadana, por lo que debe marcar como opciones posibles:
  - Correo Postal.
  - Recogida de la información en las instalaciones del responsable del tratamiento (Hospital Son Llatzer).
5. Indique de forma clara y breve lo que solicita.
6. Se aportará copia del DNI del paciente y, en caso de representante, copia del DNI del progenitor, tutor legal o representante voluntario.