



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 _____.

SOLICITO

Que me sea expedida una copia de la siguiente documentación clínica

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 _____.

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:

Responsable del Tratamiento: IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L.U con domicilio social en Calle Zurbarán, 28 – 28010 Madrid. **Datos de contacto DPO:** DPO@quironsalud.es. **Finalidad del tratamiento:** atender y gestionar la presente solicitud. **Legitimación:** Tratamiento basado en el consentimiento del interesado y/o interés legítimo del responsable del tratamiento. **Destinatarios:** No se ceden datos a terceros. **Derechos:** Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento como se explica en la información adicional. **Procedencia:** propio interesado o tercero (en caso de recogida de historia clínica por persona autorizada). **Información adicional:** <https://www.quironsalud.es/es/politica-proteccion-datos>.



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 Centro Medico Teknon para recoger la copia de la información contenida en la historia clínica solicitada en fecha _____.

2º) AUTORIZO a IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L.U, responsable del tratamiento, a que envíe la historia clínica a D./Dña. _____ por: correo electrónico (no disponible en todos los centros y/o servicios), mensajero a portes debidos *(tachar el que no proceda)* a *(indicar lo que proceda: dirección completa o correo electrónico)*: _____.

En _____, el ____ de _____ de 20____

Firma del solicitante:

Responsable del Tratamiento: IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L.U con domicilio social en Calle Zurbarán, 28 – 28010 Madrid. **Datos de contacto DPO:** DPO@quironsalud.es. **Finalidad del tratamiento:** atender y gestionar la presente solicitud. **Legitimación:** Tratamiento basado en el consentimiento del interesado y/o interés legítimo del responsable del tratamiento **Destinatarios:** No se ceden datos a terceros. **Derechos:** Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento como se explica en la información adicional.. **Procedencia:** propio interesado o tercero (en caso de recogida de historia clínica por persona autorizada). **Información adicional:** <https://www.quironsalud.es/es/politica-proteccion-datos>.

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.

Paciente (Historia Clínica solicitada)	¿Quién puede acceder a la Historia Clínica?	Documentación que 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 (en ningún caso se superará el plazo de 30 días). Para ello deberá acudir de lunes a viernes de 9.00h a 18.00h a Atención al Paciente de Centro Médico Teknon **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.