



# Recogida o Envío de Resultados/Informes

Espacio reservado para la ETIQUETA IDENTIFICATIVA o indicación de datos.

PACIENTE: D/Dña. \_\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_

Fecha a partir de la que estarán disponibles los resultados/informes \_\_\_\_\_

**Información de su interés:** EL PORTAL DEL PACIENTE es un espacio personal desde el que se podrá acceder a la Información Clínica y a los diferentes Servicios del Hospital de manera online, sin necesidad de desplazamientos. En este espacio personal el paciente podrá consultar sus citas pendientes o modificarlas, consultar los resultados de pruebas diagnósticas o acceder a sus informes. Disponible desde <https://www.teknon.es>

**Para recogida presencial de los resultados/informes:**

- A partir de la fecha indicada, el **paciente o la persona expresamente autorizada** por él (*en el caso de autorizaciones, utilizar el modelo que aparece en esta página*) deberá acudir de lunes a viernes de 8.00h a 20.00h, a Entrega de Resultados de Centro Médico Teknon, con la documentación acreditativa indicada en la tabla de instrucciones que encontrará en la página 2.
- **Los resultados/informes se mantendrán pendientes de recogida durante un mes.** Transcurrido este tiempo, el paciente podrá solicitarlos por escrito a través del modelo "TEK21.2/F2 - Solicitud de Historia Clínica" (tiempo de entrega máximo 1 mes).

## DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA O ENVÍO DE LOS RESULTADOS/INFORMES

D. /Dña. \_\_\_\_\_, con D.N.I. número \_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

1º) AUTORIZO a D./Dña. \_\_\_\_\_, con D.N.I. número \_\_\_\_\_, a que comparezca en mi nombre y representación ante Centro Médico Teknon para recoger los resultados de las pruebas o informes médicos a los que se refiere este resguardo.

2º) AUTORIZO a IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L.U., sociedad perteneciente al Grupo Hospitalario Quirónsalud a que remita los resultados de las pruebas o informes médicos por correo electrónico (no disponible en todos los centros y/o servicios) o mensajero a portes debidos a (*indicar lo que proceda: dirección postal completa o correo electrónico*)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Firma del Paciente

Firma de la persona autorizada:

## ENTREGA DE LOS RESULTADOS/INFORMES

Recogidos por: \_\_\_\_\_  
(nombre y apellidos paciente o persona autorizada)

Espacio para código de barras que identifica el Resultado o Informe recogido

Firma del paciente / autorizado \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**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](mailto: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>.

# Recogida o Envío de Resultados/Informes

## INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA O ENVÍO DE RESULTADOS/INFORMES

Paciente	¿Quién puede recoger?	Documentación a aportar para la recogida o envío (*)
▪ Menores de 14 años	A) Representante legal (padre, madre, tutor)	1.- 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.- DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 2.- Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 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.- DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente
	B) Representante legal (padre, madre, tutor)	1.- 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.- DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 2.- Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente 3.- Autorización expresa del paciente
	D) Persona autorizada mediante autorización expresa del representante legal	1.- DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 2.- Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 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.- DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente
	B) Persona autorizada mediante autorización expresa del paciente	1.- DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 2.- Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente 3.- Autorización expresa del paciente
▪ Incapacitados legalmente	A) Representante legal (determinado en la sentencia de incapacidad)	1.- 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.- DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 2.- Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 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.- 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.- DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 2.- Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente 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

(\*) El hospital o centro se quedará copia de esta documentación acreditativa, excepto cuando sea el propio paciente quien recoja los resultados de la prueba o los informes médicos.

**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](mailto: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>.