

**FORMULARIO PARA EJERCITAR LOS DERECHOS DE RECTIFICACIÓN, SUPRESIÓN Y OPOSICIÓN DE PARTE DE LA IINFORMACIÓN CONTENIDA EN SU HISTORIA CLINICA**

**\*DATOS PACIENTE** Indique si es fallecido  **Nº de HC**  **DNI/NIE**

**D/Dª**

**\*DATOS SOLICITANTE (Solo en caso de representación legal o voluntaria)**

**D/Dª**  **DNI/NIE**

EN CALIDAD DE

**DIRECCIÓN a efectos de notificación**

Domicilio

Localidad  Provincia  cp

Teléfono de contacto  E mail

**SOLICITO (marcar lo que corresponda)**  **RECTIFICACIÓN**  **SUPRESIÓN**  **OPOSICIÓN**

**DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR**

**DOCUMENTOS EN EL /LOS QUE CONSTAN LOS DATOS QUE SOLICITA MODIFICAR**

Fecha de entrega

de

de 20

FIRMA DEL PACIENTE (Representante legal en su caso)

**Documentación necesaria para el ejercicio del derecho de rectificación, oposición o supresión. (esta documentación es preceptiva) (\*)**

**El que ejerce el derecho es el paciente**

Deberá acompañar al Impreso de Solicitud de Documentación Clínica, debidamente cumplimentado y firmado, original y copia del Documento Nacional de Identidad (DNI), pasaporte o Número de Identidad de Extranjero (NIE).

**Documentación necesaria del representante (si no es el paciente)**

La LEY 41/2002 establece que el derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada. Por tanto, si está usted vinculado al paciente por razones familiares o de hecho o es su representante legal deberá aportar:

- Autorización firmada del paciente en la que consten los documentos clínicos que precisa, los datos del paciente y los del solicitante.
- Original y copia del DNI, pasaporte o NIE del solicitante, y original del DNI, pasaporte o NIE del paciente.
- En caso de que el solicitante actúe como apoderado del paciente presentará original y copia del DNI, pasaporte o NIE, y del poder notarial específico que le habilite para solicitar el acceso a los datos de salud en nombre del paciente titular de los mismos.

**Documentación necesaria para el acceso a la documentación clínica en pacientes fallecidos**

Solo se facilitará el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, salvo prohibición expresa del fallecido (Art. 18.4 ley 41/2002). Se deberá acompañar al Impreso de Solicitud de Documentación Clínica debidamente cumplimentado los siguientes documentos:

- Original y fotocopia del DNI, pasaporte o NIE del paciente.
- Original y fotocopia del DNI de la persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente y del documento que acredita dicho vínculo.
- Certificado de defunción en caso de que el paciente no haya fallecido en el centro.

**Donde y como realizar la petición:**

**Por correo postal:** la solicitud deberá estar firmada por el paciente y el solicitante, en caso de ser distinta persona, además de adjuntar **compulsada toda la documentación requerida en cada caso** e indicar claramente la dirección de remite junto un número de teléfono.

Deberá remitir esta documentación a la siguiente dirección:

**HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE**

**Servicio de Atención al Paciente**

**Avenida de Córdoba s/n**

**28041 Madrid**

**De forma presencial.** Entregará el Impreso de Solicitud y la documentación requerida en cada caso en el Servicio de Atención al Paciente, solicitando cita previa al teléfono 913908344 en horario de 9:00 h. a 11:00 h. de lunes a viernes

(\*) Si se presenta el documento original junto a la fotocopia no es necesario que esta sea compulsada, condición necesaria en caso de no presentar dicho original.

