

SOLICITUD DE EJERCICIO DE DECHOS SOPLAR
(Supresión, oposición, portabilidad, limitación, acceso y rectificación)

DATOS DEL TITULAR DE HISTORIA CLÍNICA:

NHC:

Nombre y Apellidos: _____

DNI / NIE: _____

Fecha de Nacimiento: _____

DATOS DEL SOLICITANTE: (cumplimentar sólo si es diferente al titular de la historia)

Nombre y Apellidos _____

DNI / NIE (*): _____

DATOS DE CONTACTO:

Domicilio: _____

Código Postal: _____ Localidad: _____

Teléfono de contacto móvil: _____ Teléfono de contacto fijo: _____

SOLICITO EN CALIDAD DE: (Marcar la opción correspondiente):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Titular de la Historia Clínica | <input type="checkbox"/> Representante de paciente incapacitado |
| <input type="checkbox"/> Representante voluntario (autorizado) | <input type="checkbox"/> Persona vinculada a paciente fallecido |
| <input type="checkbox"/> Representante de paciente menor de edad | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ |

DERECHO A EJERCER (Marcar la opción correspondiente):

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Supresión | <input type="checkbox"/> Acceso |
| <input type="checkbox"/> Oposición | <input type="checkbox"/> Rectificación |
| <input type="checkbox"/> Portabilidad | Copia de la siguiente documentación: |
| <input type="checkbox"/> Limitación | Especificar: |
| | |
| | |
| | |

S. L. DE El Escorial a ____ de _____ de 20__

Firma del solicitante

Cumplimentar en el caso de que la persona que entregue la solicitud y/o recoja la documentación sea distinta de la que la solicita:

AUTORIZO A ():** D. / D.ª / _____

Con DNI , NIE, Pasaporte (*): _____ Teléfono/s: _____

A entregar la solicitud

A recoger la documentación solicitada

Firma del Titular de la Historia Clínica

(o del solicitante en caso de historias clínicas de fallecidos)

(*) Debe de acreditar su identidad al personal del Centro que se lo solicite.

(**) En caso de autorizar a otra persona a recoger esta información, debe de acompañar fotocopia del Documento que acredite identidad del titular de la documentación clínica

VER REVERSO CON DOCUMENTACIÓN A APORTAR

DOCUMENTACIÓN: (Marcar con una X el documento que proceda en cada caso)

Documentos que acreditan la identidad del solicitante y del paciente:

- Documento Nacional de Identidad (DNI), Documento de Identidad de Extranjero (NIE), Permiso de conducir, Pasaporte o documento equivalente.

Documentos que acreditan la representación legal (Marcar con una X sólo 1 documento):

➤ **Patria Potestad (Menores de 16 años):**

- Libro de familia.
 Certificación del Registro Civil.
 Sentencia o resolución judicial de separación o divorcio

➤ **Tutela (Personas Incapacitadas judicialmente):**

- Libro de familia.
 Certificado del Registro Civil que acredite la Tutela, o disposición legal que lo atribuya.

➤ **Acogimiento familiar:**

- Resolución Administrativa o Auto Judicial de acogimiento familiar o institucional.

➤ **Emancipación :**

- Certificado del Registro Civil.

Documentos que acreditan la representación voluntaria (Marcar con una X sólo 1 documento):

- Escrito de autorización del paciente para realizar la petición de acceso a la historia clínica o recoger la documentación solicitada (original).
 Poder notarial de representación específico para el ejercicio del derecho de acceso a sus datos personales.

Documentos que acreditan parentesco o vínculo (Paciente fallecido):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Libro de familia | <input type="checkbox"/> Certificado del Registro de parejas de hecho |
| <input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio | <input type="checkbox"/> Otros documentos acreditativos de la vinculación (familiar o de hecho) |

El plazo para responder la presente solicitud será de un 1 mes, pudiendo prorrogarse a 2 meses en caso de especial complejidad. (Igual plazo, para informar que no se dispone de datos personales del afectado o de que se deniega tal acceso en los casos previstos por la legislación vigente).

Plazo de recogida de documentación: Tres meses, a contar desde que el Centro Sanitario comunique la disponibilidad de la documentación. Pasado dicho plazo, la documentación podrá ser destruida.

El derecho de acceso que se ejerce mediante la presente solicitud sólo podrá ser ejercitado a intervalos no inferiores a 12 meses, salvo interés legítimo acreditado.

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de gestionar y atender su solicitud, y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable.

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero correspondiente, cuya finalidad es la gestión de la información básica de las solicitudes de acceso a la documentación clínica por parte de los ciudadanos, y no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. Ante el responsable del fichero podrá ejercer los derechos acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables. La base jurídica que legitima el tratamiento es **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 lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, junto con su consentimiento.

La revisión realizada a la historia clínica se ajusta a lo previsto en el artículo 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Madrid a _____ de _____ de 20 ____

Firma del solicitante

Fecha y sello del Organismo

*En caso de autorizar a otra persona a recoger esta información, deberá acompañar fotocopia del documento que acredite identidad del titular de la documentación clínica y fotocopia y original del documento que acredite la representación.