

|                       |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| NHC:                  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sello/fecha Recepción |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPRESINDIBLE ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DOCUMENTOS IDENTIFICATIVOS**

**IMPRESO DE SOLICITUD DERECHOS S.O.P.L.A.R.**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Acceso</b>     | <input type="checkbox"/> <b>Rectificación</b> | <input type="checkbox"/> <b>Supresión</b>    |
| <input type="checkbox"/> <b>Limitación</b> | <input type="checkbox"/> <b>Oposición</b>     | <input type="checkbox"/> <b>Portabilidad</b> |

**Datos del paciente o titular de los datos**

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| DNI/NIE/Pasaporte | Nombre y apellidos |
| Teléfono          | Domicilio          |
| Código Postal     | Localidad          |

**Datos del Representante** (sólo en caso de Pacientes "Incapacitados", "Menores de edad" o "fallecidos")

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| DNI/NIE/Pasaporte | Nombre y Apellidos |
| Teléfono          |                    |

**Indique su solicitud:**

FECHA ...../...../....

FIRMA (Paciente o representante legal)

**Autorización para ser representado.** (sólo Pacientes "Capacitados" que autoricen representación)

El paciente o Titular de los datos D/D<sup>a</sup>. ..... autorizo a D/D<sup>a</sup> ..... con DNI ..... para el ejercicio del derecho S.O.P.L.A.R. solicitado

FIRMA

**El plazo para responder la presente solicitud será de un 1 mes, pudiendo prorrogarse a 2 meses en caso de especial complejidad. Para más información puede ponerse en contacto con el Servicio de ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA del Hospital Universitario de Getafe en el teléfono: 91-6839360- EXT: 462093.**

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. El Responsable del Tratamiento es INDICAR CENTRO, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Paseo de la Castellana, 280. 28046 - Madrid. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales junto con su consentimiento. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de **Supresión, Oposición, Limitación, Acceso, Rectificación** del tratamiento y **portabilidad**, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en Ctra. Toledo Km12,500, concretando su solicitud, junto con **fotocopia de DNI o documento equivalente**. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) [www.agpd.es](http://www.agpd.es)

**Documentación que aporta junto a la solicitud (a cumplimentar por el Servicio de recogida):**

|   |  |   |
|---|--|---|
| *DNI, pasaporte, NIE o equivalente PACIENTE <input type="checkbox"/>      | *libro de familia o equivalente <input type="checkbox"/> | *cert. defunción <input type="checkbox"/> |
| *DNI, pasaporte, NIE o equivalente REPRESENTANTE <input type="checkbox"/> | *autorización del paciente <input type="checkbox"/>      |   |
| *otros (especifique) <input type="checkbox"/>                             |  |   |

**ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN**

Con fecha...../...../..... se hace entrega de la documentación solicitada a D/Dña..... acreditándose adecuadamente para proceder a su retirada.

RECIBÍ (FIRMA / N° DNI/NIE.....)

# INFORMACIÓN SOBRE LOS DERECHOS S.O.P.L.A.R.:

- Los derechos S.O.P.L.A.R. (Supresión, Oposición, Portabilidad, Limitación, Acceso y Rectificación) son personalísimos, pudiendo ser **ejercidos por el afectado (acreditando su identidad) o por representación, sea por representante legal (padres, tutores, etc.) o por representante voluntario (autorización escrita), en cuyos casos será necesario que acredite, además de su identidad, su condición de representante** (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).
- Conforme a lo previsto en la normativa aplicable, este hospital le ofrece el impreso de solicitud en nuestro Servicio de Archivo y en nuestra página web <http://comunidad.madrid/hospital/getafe/ciudadanos/documentacion-clinica> Área de Descargas/impreso Derechos SOPLAR, la cual **deberá cumplimentar, firmar y acompañar de fotocopia de los documentos acreditativos de identidad necesarios, según los casos\***. En caso de que el escrito de solicitud carezca de alguno de estos requisitos, deberá aportarlo, de lo contrario se lo requeriremos para proceder al trámite.
- Una vez registrada su solicitud, se iniciará su **tramitación**, no afectando negativamente a los derechos y libertades de otros.
- El **plazo para responder** a la presente solicitud será de un **1 mes**, pudiendo prorrogarse a 2 meses en caso de especial complejidad. En caso de denegación de la solicitud se notificará al solicitante la resolución adoptada mediante escrito motivado de las razones de su no actuación.

## \*ANEXO: FOTOCOPIAS DE DOCUMENTACIÓN NECESARIA A ADJUNTAR A IMPRESO DE SOLICITUD Y EN CASO DE RETIRADA DE DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

### SOLICITADA POR EL PROPIO PACIENTE o TITULAR DE LOS DATOS

- DNI (NIE, PASAPORTE o equivalente) del paciente

### SOLICITADA POR REPRESENTACIÓN PARA

#### CAPACITADOS

- Pacientes mayores de edad y capacitados:**

DNI (NIE, PASAPORTE o equivalente) del paciente + DNI (NIE, PASAPORTE o equivalente) del solicitante + **Autorización nominal del paciente a su favor** en la que se exprese específicamente la finalidad para la cual se emite. Si el solicitante es un apoderado presentará **poder notarial** que autorice representación **para aspectos de documentación clínica**.

#### INCAPACITADOS

- Pacientes legalmente incapacitados:**

DNI (NIE, PASAPORTE o equivalente) del paciente + DNI (NIE, PASAPORTE o equivalente) del representante legal + **Sentencia judicial firme** que establece la representación legal o **Resolución administrativa o auto judicial** (para los casos de acogimiento familiar o institucional)

- Pacientes que no se encuentran legalmente incapacitados:**

DNI (NIE, PASAPORTE o equivalente) del paciente + DNI (NIE, PASAPORTE o equivalente) del representante legal + **libro de familia** o declaración jurada ante notario de la vinculación familiar o de hecho + **declaración jurada** ante notario que acredite la supuesta incapacidad del paciente

#### MENORES DE EDAD

- Pacientes menores de edad si es usted titular de la patria potestad:**

DNI (NIE, PASAPORTE o equivalente) del solicitante + Libro de Familia + En caso de separación, divorcio u otros, **sentencia judicial firme** de aplicación al proceso o **Resolución administrativa o auto judicial** (para los casos de acogimiento familiar o institucional)

- Pacientes menores de edad si es usted tutor:**

DNI (NIE, PASAPORTE o equivalente) del solicitante + **Sentencia judicial firme** donde se establezca la representación legal o **Resolución administrativa o auto judicial** (para los casos de acogimiento familiar o institucional)

#### FALLECIDOS

- Pacientes fallecidos** (Sólo a personas vinculadas por razones familiares o de hecho, salvo prohibición expresa del fallecido (art. 18.4 Ley 41/02).

DNI (NIE, PASAPORTE o equivalente del solicitante) + **Certificado de defunción** + **Documentación que acredite la relación familiar o de hecho** con el fallecido (libro de familia, certificado del Registro Civil, declaración de herederos, certificado de registro de parejas de hecho) o en su ausencia declaración jurada ante notario al efecto