

ANEXO I: SOLICITUD DE ACCESO A DOCUMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE

NHC:.....

D./D^a., mayor de edad, con domicilio en la C/
Localidad.....Provincia.....C.P.....
Teléfono.....con DNI....., por medio del presente escrito, manifiesta su deseo de ejercer su derecho de acceso, de conformidad con el art. 15 de la Ley Orgánica 15/1999.

DATOS DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE LEGAL (en el caso de que el interesado se encuentre en situación de incapacidad o minoría de edad).

D./D^a., mayor de edad, con domicilio en la C/
Localidad.....Provincia.....C.P.....
Teléfono.....con DNI.....Parentesco.....
por medio del presente escrito, en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según se acredita con el poder adjunto.

SOLICITA:

1.- Que se acceda a facilitarme gratuitamente el acceso a los documentos que a continuación se relacionan obrantes en sus ficheros de historia clínica ,en el plazo aproximado de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud con la finalidad de.....

Documentación o información que se solicita:.....

2.- Que si la solicitud fuese desestimada, se notificará en el plazo de diez días desde la recepción de esta solicitud.

3.- Que esta información comprenda los datos que sobre mi persona, están incluidos en sus ficheros, y los resultante de cualquier elaboración, proceso o tratamiento, así como el origen de los datos, los cesionarios y la especificación de los concretos usos y finalidades para los que se almacenaron.

En.....a.....de.....de.....

(Firma)

A LA DIRECCIÓN GERENCIA DE

Nota: El derecho de acceso sólo podrá ejercitarse a intervalos no inferiores a doce meses, salvo que el interesado acredite un interés legítimo al efecto.