



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

**CÓDIGO: GER-FL-64**

**VERSIÓN: 1**

**DATOS DEL PACIENTE**

**NHC:.....**

D./D<sup>a</sup>....., mayor de edad, con domicilio en la C/ .....  
Localidad..... Provincia..... C.P: .....  
Teléfono fijo.....teléfono móvil ..... con **DNI**....., correo electrónico: ..... por medio del presente escrito, manifiesta su deseo de ejercer derecho de acceso, de conformidad con el artículo 13. de la L.O 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales.

**DATOS DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE LEGAL** (en el caso de que el interesado voluntariamente, o por imperativo legal requiera representación).

D./D<sup>a</sup>....., mayor de edad, con domicilio en la C/ .....  
Localidad ..... Provincia..... C.P: .....  
Teléfono fijo.....teléfono móvil ..... con **DNI**....., Parentesco: .....

**DATOS DEL FACULTATIVO**

Nombre y apellidos..... **CIAS:** .....  
N.º de Colegiado.....Servicio .....

**SOLICITA:**

- 1.- Que se acceda a facilitarme el acceso a los documentos que a continuación se relacionan obrantes en sus ficheros de historia clínica, 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 esa solicitud.
- 3.- Que esta información comprenda los datos que sobre mi persona están incluidos en sus ficheros, y los resulte de cualquier colaboración 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.

*De acuerdo con el artículo 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y de Consejo de 27-4-16, 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, los datos solicitados y referidos a documentación obrante en la Historia Clínica, son datos catalogados como de categoría especial (datos relativos a la salud), por lo que suscribo el presente con indicación que el tratamiento atiende a alguno de los supuestos establecidos en el citado artículo ”.*

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

Yo, D./D<sup>ña</sup>....., con **DNI** nº....., **declaro que son ciertos** todos los datos consignados en la solicitud de acceso a la documentación de la historia clínica, así como todos los documentos aportados para llevar a cabo este procedimiento. Y para que así conste a todos los efectos, firmo la presente declaración.

En ..... de....., a .....de.....de 20.....

**Fdo.:**

**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.**



Toda copia en papel de este documento diferente a la disponible en el gestor documental "REDON" es una copia no controlada. Es responsabilidad del usuario verificar si se trata de la última versión aprobada, consultando el Gestor Documental de la GAICR "REDON", disponible en el Portal del empleado.



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

CÓDIGO: GER-FL-64

VERSIÓN: 1

DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA\* PARA APORTAR POR EL SOLICITANTE

- **El usuario / paciente:** D.N.I.
- **El facultativo:** se requiere la petición del médico debidamente firmada, que incluya el CIAS /Nº Colegiado del mismo.
- **El padre/madre de un niño menor de edad:** D.N.I del padre / madre y libro de familia (donde se visualice la hoja del parentesco de los padres con el hijo).
- El **tutor, Defensor Judicial** o **Entidad pública** correspondiente: la acreditación de la representación legal del menor se efectuará mediante la presentación de la **sentencia o resolución judicial** que la declare.
- Una **tercera persona:** cumplimentar el documento de “**Autorización a terceros**”, firmado por la persona que autoriza y la autorizada, adjuntando copia del DNI de ambos.
- El **Poder notarial** si procede.
- En caso de solicitud de documentación de un **paciente FALLECIDO:**
  - DNI del solicitante y del fallecido.
  - Certificado de defunción.
  - Libro de Familia, hoja del parentesco entre los padres y el hijo (original y copia).
- En pacientes **incapacitados.** Aportar la sentencia judicial(original y copia).
- Cuando se trate de persona vinculada por razones familiares o de hecho al paciente, el cual sufre una **falta de capacidad real**, no declarada judicialmente, pero sí valorada por un facultativo, esta se **acreditará mediante el correspondiente informe.**

CONTACTAR CON LA VENTANILLA DE REGISTRO DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

- Teléfonos: **926 278000** (ext. **79068** , **79057** y **79054**).
- Correo electrónico: [soldocumenhgcr@sescam.jccm.es](mailto:soldocumenhgcr@sescam.jccm.es)

\* La **documentación que proporcione para acreditar su identidad** (copia del DNI, libro familia, certificado defunción, sentencia de discapacidad, poder notarial, etc), se adjuntará a esta solicitud debidamente firmada.