



Formulario para el ejercicio del derecho de ACCESO a los Datos de Carácter Personal de Ficheros del Servicio Andaluz de Salud DE PERSONAS FALLECIDAS

SOLICITUD DIRIGIDA AL CENTRO SANITARIO DONDE CONSTA LA HISTORIA CLÍNICA.

Nombre/Razón social: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (centro sanitario).....

Localidad:..... Provincia:..... Código postal:.....

1 DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA				
NOMBRE Y APELLIDOS		DNI/NIE/PASAPORTE	NUHSA	FECHA DE DEFUNCIÓN: DÍA.... MES.....AÑO.....
2 DATOS DE LA PERSONA QUE FORMULA LA PETICIÓN				
NOMBRE Y APELLIDOS			DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR	
CORREO ELECTRÓNICO				
TIPO DE VÍNCULO CON LA PERSONA FALLECIDA: CÓNYUGE/PAREJA HIJO/A PADRE/MADRE HERMANO/A OTRO (especificar).....				
3. LUGAR, FECHA Y FIRMA				
Con la firma del presente escrito la persona que formula la petición DECLARA que los datos son ciertos, así como la documentación que se adjunta, asumiendo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad en alguno de ellos.				
En ade de				
LA PERSONA PETICIONARIA				
Fdo:				

4 DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		
DOMICILIO		LOCALIDAD
PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO/S DE CONTACTO

5 DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (*)
Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor de la persona que formula la petición
Fotocopia del certificado de defunción
Fotocopia de la documentación que acredite relación/parentesco con la persona fallecida (libro de familia actualizado o documento similar)

(*) "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"



6. SOLICITA:

Al amparo del artículo 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y conforme a lo preceptuado en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, formular la petición de copia de la historia clínica que a continuación se especifica:

Cumplimentar este apartado en caso de estar interesado en un proceso clínico concreto o en varios

6.1. PROCESO/S CLÍNICO/S Y ESPECIALIDAD

Cumplimentar este apartado en caso de estar interesado en la copia de la historia clínica completa generada en este centro

6.2. DESCRIPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un mes que no procede, se me comunique motivadamente al amparo del artículo 12.4 del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, a fin de que pueda solicitar información y/o la tutela de derechos al Delegado de Protección de Datos (dpd.sspa@juntadeandalucia.es) del Servicio Andaluz de Salud, acudir a la autoridad de control en materia de protección de datos competente en Andalucía o en su defecto a la autoridad de control nacional.

Asimismo, PRESTA SU CONSENTIMIENTO para el tratamiento de datos en los términos definidos en la cláusula de protección de datos incluida en este formulario.

En _____, a _____ de _____ de 201

Firma de la persona peticionaria

Cláusula de protección datos de acceso a la historia clínica

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:

- El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para facilitar el ejercicio de los derechos de acceso en relación a los datos de la historia de salud de Andalucía, cuya base jurídica es el consentimiento de la persona interesada.
- No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puede consultar información detallada en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondatos>



INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Se rellenará utilizando letra mayúscula para facilitar la lectura de los datos.
- Los apartados que rellenará la persona que formula la petición, serán los siguientes: "Solicitud dirigida al centro sanitario donde consta la historia clínica", "1. Datos de la persona fallecida titular de la historia clínica", "2. Datos de la persona que formula la petición", "3. Lugar, fecha y firma", "4. Datos a efectos de notificación", "5. documentación que debe acompañar", "6. Solicita: 6.1. Proceso/s clínico/s y especialidad (en caso de que esté interesado/a en un proceso clínico concreto o en varios) o 6.2. Descripción de la documentación solicitada (en caso de que esté interesado/a en copia de la historia clínica completa)".

DATOS IMPRESCINDIBLES:

La no aportación de alguno de los datos que a continuación se especifican, conllevará la suspensión temporal del procedimiento de tramitación de la solicitud, en tanto no sea subsanada (**plazo 10 días hábiles, sin contar los sábados**) por el/la paciente o el/la representante (Artículo 22 de la ley 39/2015 de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las AAPP).

1. **Datos de la persona fallecida titular de la historia clínica:**
 - Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
 - Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir) o, en su defecto NUHSA.
2. **Datos de la persona que formula la petición:**
 - Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, solo un apellido).
 - Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte en vigor (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir).
 - Tipo de vínculo con la persona fallecida
3. **Lugar, fecha y firma:**
 - Cumplimentar el lugar y la fecha.
 - La persona peticionaria estampará su firma
4. **Datos a efectos de notificación:**
 - Domicilio.
 - Localidad.
 - Provincia.
 - Código Postal.
 - Teléfono/s de contacto.
5. **Documentación que se adjunta (ESTA DOCUMENTACIÓN ES PRECEPTIVA) (*):**
 - Fotocopia del DNI, NIE o fotocopia del pasaporte en vigor de la persona que formula la petición
 - Fotocopia del certificado de defunción del titular de la historia
 - Documentación acreditativa de existencia de vínculo familiar o de hecho, según la normativa vigente.
6. **Solicita:**
 - En caso de que esté interesado/a en un proceso clínico concreto o en varios, detallar los mismos
 - En caso de que esté interesado/a en copia de la historia clínica completa, describir la documentación que solicita.

FIRMA DE LA SOLICITUD:

- Cumplimentar el lugar y la fecha.
- La persona que formula la petición estampará su firma en el apartado "Firma de la persona peticionaria".