



## HOJA DE SOLICITUD / REMISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

SOLICITUD

REMISIÓN

### DATOS DEL TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 N° afiliación S.S.: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA SOLICITADA:

N° historia clínica solicitada:  Fecha de nacimiento del usuario:   
 Nombre del facultativo que atendía al usuario/a: \_\_\_\_\_  
 Centro: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SOLICITANTE DE LA HISTORIA CLÍNICA

SOLICITUD INDIVIDUAL

SOLICITUD POR PARTE DE CENTRO O INSTITUCIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Vínculo con el titular: \_\_\_\_\_

Centro o Institución: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_  
 Facultativo solicitante: \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN QUE APORTAN A LA SOLICITUD:

#### IMPRESINDIBLE (dependiendo de quien lo solicite)

- DNI, pasaporte o carné de conducir del titular
- DNI, pasaporte o carné de conducir del solicitante
- Autorización del titular al solicitante

#### SÓLO EN DETERMINADOS SUPUESTOS

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Libro de Familia                   | <input type="checkbox"/> Certificado de últimas voluntades |
| <input type="checkbox"/> Sentencia de incapacidad           | <input type="checkbox"/> Testamento                        |
| <input type="checkbox"/> Acreditación repres.legal o tutela | <input type="checkbox"/> Declaración de herederos          |
| <input type="checkbox"/> Poder notarial                     | <input type="checkbox"/> Certificado de defunción          |
| <input type="checkbox"/> Requerimiento judicial             | <input type="checkbox"/> Otros documentos                  |

### DOCUMENTACIÓN QUE SE SOLICITA:

- Copia de la historia clínica       Resultados de: \_\_\_\_\_  
 Informes clínicos        
 Otros: \_\_\_\_\_  
 Informe-resumen

**ENTREGAR EN MANO:**  SI       NO

### OBSERVACIONES E INCIDENCIAS (a rellenar por el centro)

Firma del titular o solicitante autorizado

Firma del coordinador

Recibí (el solicitante)

Sello registro de entrada

Sello registro de salida

Fecha:

## INSTRUCCIONES PARA PETICIÓN Y REMISIÓN DE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

### MARCO LEGAL Y CONSIDERACIONES

La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente 41/2002 concede al paciente el derecho a obtener copias de los datos que figuran en ella con las reservas establecidas (Art. 18.3) Este derecho puede ejercerse también por representación debidamente acreditada (art. 18.2). En el caso de pacientes fallecidos solo se facilitará el acceso a la historia clínica a personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, salvo que se acredite que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente (Art. 18.4); no se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido (Art. 18.4). Este derecho no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en la historia clínica solicitada. El profesional sanitario puede oponer el derecho al acceso de reserva de sus anotaciones subjetivas (Art. 18.3) retirando las mismas.

### INFORMACIÓN AL PACIENTE

- El auxiliar administrativo le indicará la documentación que debe aportar. No dude en preguntar si tiene alguna duda a la hora de rellenar el impreso.
- Rellene la solicitud con letra clara y legible.
- Indique con la mayor precisión posible los documentos que desea.
- No olvide firmar la solicitud.
- Entregue la documentación que le sea requerida en su caso particular.
- Especifique si desea que le sea entregada en mano la documentación requerida.

### DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA ENTREGA DE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Solicitud según modelo con firma del titular o representante debidamente autorizado. Las solicitudes desde otro centro sanitario también requieren la firma del titular o representante autorizado (siempre).
- DNI del titular de la historia clínica (siempre).
- Autorización expresa por escrito del titular al representante (siempre).
- DNI del representante (siempre).
- Libro de familia (en caso de menores de 16 años).
- Sentencia de incapacidad (en caso de mayores de edad incapacitados).
- Acreditación como representante legal o tutela (en caso de menores y/o incapacitados)
- Testamento y Certificado de Últimas Voluntades, en caso de que el paciente hubiese fallecido. Declaración de Herederos en el caso de que no exista testamento.

### INSTRUCCIONES AL CENTRO

- En la solicitud debidamente cumplimentada debe constar la firma del titular o representante debidamente autorizado. Dicha firma es también requisito para aquellas solicitudes que se hacen desde otro centro sanitario.
- A la solicitud deben adjuntarse los documentos de identificación y autorización requeridos en cada caso.
- El Coordinador del Equipo de Atención Primaria debe autorizar con su firma la entrega de la fotocopia de la documentación solicitada. Previamente habrá informado a los facultativos participantes en la elaboración de la historia clínica para que estos retiren sus anotaciones subjetivas de la misma.
- Se entregará o remitirá copia de la historia clínica, archivando el original en el Centro.
- Se pueden adjuntar las exploraciones complementarias que se consideren precisas (radiografías u otras, o bien, informe de ellas). Si se entregaran los originales de las pruebas deberán comprometerse por escrito a devolverlas.
- De lo que se entregue quedará constancia en la historia clínica original.
- Se debe guardar copia de la solicitud firmada en la historia clínica; una vez autorizada y entregada debe contener la firma del coordinador y el recibí del solicitante o representante. En el caso de historia clínica remitida por correo a otro centro debe constar el sello de salida y escrito de remisión.