

SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos

DNI Fecha de Nacimiento

Dirección

Código Postal y Población Provincia

Teléfono Correo Electrónico

CENTRO SANITARIO DEL QUE SE SOLICITA LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Centro* Facultativo

Dirección

Código Postal y Población Provincia

Teléfono * especificar una solicitud por cada centro sanitario.

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

.....

.....

MOTIVO DE LA SOLICITUD

.....

.....

SOLICITANTE (Cuando sea diferente al paciente)

FIRMA Y SELLO DEL CENTRO SANITARIO

El/La Paciente Otra Persona (Identificación)

Nombre

Apellidos

Parentesco

DNI Teléfono Fdo.:

TIPO DE ENTREGA

Correo En mano Correo Electrónico (si es posible por el SAU)

En a de del 20....

Fdo.:

La solicitud debe acompañar y cumplir con los requisitos que se relacionan en la página siguiente.

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑAR Y/O CUMPLIMENTAR CON LA SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE **ATENCIÓN PRIMARIA**.

Solicitada por el propio paciente:

- DNI del/la paciente.

Solicitada por un Centro Sanitario:

- Además, deberá ser sellado y firmado por el Facultativo o solicitud por escrito del Centro.

Solicitante distinto/a al/a/la titular de la Documentación Clínica:

- Autorización por escrito del/la paciente donde detalle nombre, apellidos y DNI de/la solicitante.
- DNI del/la paciente y DNI del/la solicitante.

Menores de edad (menores de 16 años) y/o Personas Discapacitadas (según los casos):

- Libro de Familia.
- DNI de los padres o tutor/es legal/es.
- En el caso de Padres Separados o Divorciados: justificación de tener la patria potestad; en caso de no tenerla: autorización de la otra parte o petición por Orden Judicial.
- Documento que acredite la Discapacidad, en el que se especifique la tutoría legal.

Éxitus:

- DNI del fallecido y DNI del solicitante.
- Certificado de Defunción.
- Si el solicitante es Familiar Directo: Libro de Familia.
- Si el solicitante no es Familiar Directo: Testamento o Certificado de Últimas Voluntades y Declaración de Herederos.
- Si el solicitante es Pareja de Hecho del fallecido: Certificado de Convivencia o Inscripción en el Registro de Parejas de Hecho.

Aviso legal: En cumplimiento de lo dispuesto en la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)** se informa al usuario que todos los datos que nos proporcione serán incorporados a un fichero, creado y mantenido bajo la responsabilidad de la **Gerencia del Área de Salud de Cáceres, del Servicio Extremeño de Salud**. La finalidad de la recogida y tratamiento de los datos personales es la gestión servicios y tareas administrativas relacionadas. Para ejercer sus **derechos de oposición, rectificación o cancelación** deberá dirigirse a la Gerencia del Área de Salud de Cáceres, en la calle San Pedro de Alcántara número 3, 10001 de Cáceres.