Gerencia del Área de Salud de Cáceres

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Atención a la Dependencia

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)

☐ El/La Paciente ☐ Otra Persona (Identificación)

Nombre _____

Apellidos _____

Parentesco _____

DNI _____ Teléfono _____

FIRMA Y SELLO DEL CENTRO SANITARIO

Fdo.: _____

TIPO DE ENTREGA

☐ Correo ☐ En Mano ☐ Correo Electrónico (Si es posible por el SAU)

En _____ a _____ de _____ del _____

Fdo.: _____

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

Servicio de Atención al Usuario
Área de Salud de Cáceres sau.caceres@salud-juntaex.es C/ San Pedro de Alcántara, 3 – 10001 Cáceres

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

Solicitada por el propio paciente:

- ☐ DNI del/de 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/de la paciente donde detalle nombre, apellidos y DNI del/de la solicitante.
- ☐ DNI del/de la paciente y DNI del/de 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.