

## SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA INSTRUCCIONES AL DORSO

### Datos del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Tfno: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Datos del solicitante (SOLO EN CASO DE QUE NO SEA EL PROPIO PACIENTE)

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Tfno: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### Datos históricos del paciente

Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Documentos que solicita:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**No rellene los espacios sombreados**

**A cumplimentar por el SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:** Documentación aportada:

DNI/PASAPORTE/NIE  LIBRO DE FAMILIA  CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

OTROS: \_\_\_\_\_

Validación de copias:  
(firma y nº empleado)

Fecha de recepción de solicitud:

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN:

Con fecha...../...../.....se hace entrega a D/Dña.....  
de la documentación solicitada, habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada.

Firma y nº empleado:

Recibí (firma y DNI)

"Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y serán conservados durante los años necesarios para garantizar una adecuada asistencia, así como para cumplir con la normativa vigente aplicable, y en cualquier caso, durante al menos cinco años. El Responsable del Tratamiento es EL HOSPITAL LA FUENFRÍA, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en C/ Melchor Fernández Almagro, nº 1, 28029 Madrid. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en DOMICILIO, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Versión: 21/03/24

Es propiedad de  
**Hospital La Fuenfría**

VºBº Director Gerente

Página 1 de 4

Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa de la Dirección del Hospital.

NHC:

Nº Registro:

## SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA INSTRUCCIONES AL DORSO

### Datos del paciente

Nombre \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 Apellidos \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Datos del solicitante (SOLO EN CASO DE QUE NO SEA EL PROPIO PACIENTE)

Nombre \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 Apellidos \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Datos históricos del paciente

Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Documentos que solicita:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

### No rellene los espacios sombreados

**A cumplimentar por el SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA:** Documentación aportada:

DNI/PASAPORTE/NIE  LIBRO DE FAMILIA  CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

OTROS: \_\_\_\_\_

Validación de copias:  
(firma y nº empleado)

Fecha de recepción de solicitud:

### ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN:

Con fecha...../...../.....se hace entrega a D/Dña.....

de la documentación solicitada, habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada.

Firma y nº empleado:

Recibí (firma y DNI)

"Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y serán conservados durante los años necesarios para garantizar una adecuada asistencia, así como para cumplir con la normativa vigente aplicable, y en cualquier caso, durante al menos cinco años. El Responsable del Tratamiento es EL HOSPITAL LA FUENFRÍA, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en C/ Melchor Fernández Almagro, nº 1, 28029 Madrid. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en DOMICILIO, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Versión: 21/03/24	Es propiedad de <b>Hospital La Fuenfría</b>	VºBº Director Gerente
Página 2 de 4	Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa de la Dirección del Hospital.	

La única versión válida de este documento es la incluida en la Intranet del Hospital La Fuenfría. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión

## **POR SU INTERES, ANTES DE RELLENAR EL IMPRESO LEA ATENTAMENTE ESTA INFORMACIÓN**

La **Ley 41/2002** de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece que el paciente tiene derecho de acceso a la documentación que obre en su historia clínica, salvo determinadas excepciones que contempla la Ley.

**Los datos personales y relativos a la salud de los pacientes son confidenciales** y están sujetos a un régimen de protección, regulado en la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre**, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

Si desea solicitar documentación clínica LE INFORMAMOS que:

1. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital La Fuenfría o a través de la página Web ([www.madrid.org/hospitalfuenfria](http://www.madrid.org/hospitalfuenfria)), le facilitará un **impreso de solicitud** para su debida cumplimentación
2. Es necesario que **en la solicitud conste el tipo de documento clínico que necesita.**
3. La entrega de la documentación solicitada está sometida a un procedimiento administrativo y por tanto a unos plazos determinados, por lo que **no podrá entregarse el mismo día.**
4. **Si su médico le entrega en consulta algún documento, guárdelo**, pues pudiera serle útil en el futuro.
5. En ocasiones **es más útil el informe radiológico** que la propia imagen o placa de Rayos.
6. La solicitud de documentación clínica le compromete a su retirada

## **REQUISITOS NECESARIOS PARA SOLICITAR/RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

Para solicitar y retirar la documentación clínica tiene que aportar una documentación acreditativa y este impreso debidamente cumplimentado.

**ES MUY IMPORTANTE QUE SU DIRECCIÓN POSTAL Y SU TELÉFONO MÓVIL ESTEN CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADOS EN EL IMPRESO DE SOLICITUD**

- **Si usted es el paciente deberá aportar:**
  - ✓ Original y copia del DNI (pasaporte o NIE).
- **Si usted es familiar o representante legal del paciente deberá aportar:**
  - ✓ Autorización firmada del paciente en la que conste: los documentos clínicos que precisa, los datos del paciente y los de la persona que solicita la documentación.
  - ✓ Original y copia del DNI (pasaporte o NIE) del solicitante y copia del DNI (pasaporte o NIE) del paciente.
  - ✓ Si el solicitante es un apoderado presentará original y copia de su DNI (pasaporte o NIE) y de la escritura notarial de apoderamiento que habilite la posibilidad de solicitar el acceso a los datos en nombre del paciente.

- **En el supuesto de pacientes fallecidos, la solicitud/retirada de documentación clínica debe realizarse por persona vinculada a el paciente por razones familiares o de hecho, quién deberá aportar:**

Sólo se facilitará el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él/ella por razones familiares o de hecho, salvo que el/la fallecido/a lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite (artículo 18.4 de la Ley 41/2002).

- ✓ Original y copia del DNI (pasaporte o NIE) del solicitante.
- ✓ Original y copia del certificado de defunción del paciente fallecido.
- ✓ Documentación que acredite la relación familiar o de hecho con el fallecido y en su ausencia declaración jurada al efecto.

- **Si el paciente se encuentra legalmente incapacitado, la solicitud/retirada de documentación clínica deberá realizarse por el representante legal del paciente, quien deberá aportar:**

- Original y copia del DNI (pasaporte o NIE) del paciente.
- Original y copia del DNI (pasaporte o NIE) del representante legal.
- Original y copia de la sentencia judicial que establece la representación legal.

- **Si el paciente no se encuentra legalmente incapacitado, la solicitud/retirada de documentación clínica debe realizarse por persona vinculada a el paciente por razones familiares o de hecho, quién deberá aportar:**

- ✓ Original y copia del libro de familia o declaración jurada de la vinculación familiar o de hecho con el paciente.
- ✓ Original y copia de declaración jurada que acredite la supuesta incapacidad del paciente.

## ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Una vez que dispongamos de copia de la documentación solicitada, se le avisará por teléfono indicándole que puede pasar a recogerla en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital La Fuenfría.

**Si pasado 1 mes no le hemos avisado póngase en contacto con nosotros en los teléfonos indicados más abajo, indicando el número de registro de su solicitud.**

**La documentación clínica solicitada deberá ser retirada en un plazo de 6 meses desde nuestro aviso, a partir de ese plazo la documentación será destruida.**

SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA HOSPITAL LA FUENFRÍA

- TFNOS: 91 852 0300/ 91 856 2734
- E-Mail: admision.hlff@salud.madrid.org