



## SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

### DATOS DEL PACIENTE

Núm. HC. \_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ Núm. Registro \_\_\_\_\_  
CIP \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Teléfonos \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN SOLICITADA (Especificar TIPO DOCUMENTAL y FECHA )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### MOTIVO DE LA SOLICITUD

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SOLICITANTE

El/La Paciente  Otra Persona (Identificación):  
Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud \_\_\_\_\_

### TIPO DE ENTREGA

Correo  En mano Fecha de Entrega \_\_\_\_\_  
Recibí, (firma)

Fdo: \_\_\_\_\_ (Solicitante)

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



## REQUISITOS PARA SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

### Solicitada por el propio paciente:

- Cumplimentar el impreso "Solicitud de Documentación Clínica".
- Presentar DNI y fotocopia del mismo.

### Solicitante distinto/a al titular de la HC:

- Cumplimentar el impreso "Solicitud de Documentación Clínica".
- Autorización por escrito del/la paciente donde detalle nombre, apellidos y DNI de/la solicitante.
- Presentar DNI del/la solicitante y fotocopia del DNI de ambos/as.

### Menores de edad:(menores de 16 años)

- Cumplimentar el impreso "Solicitud de Documentación Clínica" y firma de ambos padres o tutor/a
- Fotocopia del Libro de Familia
- Presentar DNI de los padres o tutor/a y fotocopia del mismo.
- 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.
- Abuelos: autorización por escrito del padre/madre o tutor legal que ostente la patria potestad.

### Éxitus:

- Cumplimentar el impreso "Solicitud de Documentación Clínica"
- Certificado de Defunción
- Familiar Directo: Libro de Familia
- Familiar no Directo: Testamento ó Certificado de Últimas Voluntades y Declaración de Herederos
- Pareja de Hecho: Certificado de Convivencia o Inscripción en el Registro de Parejas de Hecho
- Presentar DNI del/la solicitante y fotocopia del DNI de ambos.

### Personas Incapacitadas:

- Cumplimentar el impreso "Solicitud de Documentación Clínica"
- Documento que acredite la Incapacitación, en el que se especifique la tutoría legal
- Presentar DNI del/la Tutor/a Legal.

### Centro Hospitalario:

- Solicitud por escrito del centro
- Autorización por escrito del/la paciente
- Fotocopia del DNI del/la paciente

**Aviso legal:** En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 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.