

Formulario para el ejercicio del derecho de ACCESO a los Datos de Carácter Personal de Ficheros del Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada, 18016.

1 DATOS DE LA PERSONA TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE Y APELLIDOS FECHA NACIMIENTO

DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR NUHSA TELÉFONO

DOMICILIO

LOCALIDAD PROVINCIA CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

Este derecho también podrá ejercerse a través de representación voluntaria, en cuyo caso se cumplimentarán los datos de los apartados siguientes (2 y 3):

2 DATOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA REPRESENTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR

DOMICILIO

LOCALIDAD

CORREO ELECTRÓNICO

PARENTESCO: conyuge/pareja Hijo/a Padre/madre Hermano/a otro

REPRESENTANTE LEGAL: Padre/madre Tutor

Con la firma del presente escrito EL/LA REPRESENTANTE ACEPTA LA REPRESENTACIÓN CONFERIDA por la persona interesada, y DECLARA que los datos son ciertos, así como la documentación que se adjunta, asumiendo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad de alguno de ellos.

En Granada a de de

FDO: La persona titular El/La Representante

3 SOLICITUD: Al amparo del artículo 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y conforme a lo preceptuado en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y en el artículo 13 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, formular la petición de copia de la historia clínica que a continuación se especifica:

DESCRIPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN O ESTUDIOS DE IMAGEN SOLICITADA:

SERVICIO/ESPECIALIDAD:	PROCESO CLÍNICO:

Que en caso de que se acuerde, dentro del plazo de un mes que no procede, se me comunique motivadamente al amparo del artículo 12.4 del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, a fin de que pueda solicitar información y/o la tutela de derechos al Delegado de Protección de Datos (dpd.sspa@juntadeandalucia.es) del Servicio Andaluz de Salud, acudir a la autoridad de control en materia de protección de datos competente en Andalucía o en su defecto a la autoridad de control nacional.

Asimismo, PRESTAN SU CONSENTIMIENTO para el tratamiento de datos en los términos definidos en la cláusula de protección de datos incluida en este formulario.

En Granada a de de

Firma del/la paciente o el/la representante

Formulario para el ejercicio del derecho de ACCESO a los Datos de Carácter Personal de Ficheros del Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada, 18016.

1 DATOS DE LA PERSONA TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE Y APELLIDOS FECHA NACIMIENTO

DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR NUHSA TELÉFONO

DOMICILIO.....

LOCALIDAD PROVINCIA CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

Este derecho también podrá ejercerse a través de representación voluntaria, en cuyo caso se cumplimentarán los datos de los apartados siguientes (2 y 3):

2 DATOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA REPRESENTACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS DNI/NIE/PASAPORTE EN VIGOR

DOMICILIO

LOCALIDAD

CORREO ELECTRÓNICO

PARENTESCO: conyuge/pareja Hijo/a Padre/madre Hermano/a otro

REPRESENTANTE LEGAL: Padre/madre Tutor

Con la firma del presente escrito EL/LA REPRESENTANTE ACEPTA LA REPRESENTACIÓN CONFERIDA por la persona interesada, y DECLARA que los datos son ciertos, así como la documentación que se adjunta, asumiendo la responsabilidad derivada de la omisión o falsedad de alguno de ellos.

En Granada a de de

FDO: La persona titular El/La Representante

3 SOLICITUD: Al amparo del artículo 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y conforme a lo preceptuado en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y en el artículo 13 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, formular la petición de copia de la historia clínica que a continuación se especifica:

DESCRIPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN O ESTUDIOS DE IMAGEN SOLICITADA:

SERVICIO/ESPECIALIDAD:	PROCESO CLÍNICO:

Que en caso de que se acuerde, dentro del plazo de un mes que no procede, se me comunique motivadamente al amparo del artículo 12.4 del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, a fin de que pueda solicitar información y/o la tutela de derechos al Delegado de Protección de Datos (dgd.sspa@juntadeandalucia.es) del Servicio Andaluz de Salud, acudir a la autoridad de control en materia de protección de datos competente en Andalucía o en su defecto a la autoridad de control nacional.

Asimismo, PRESTAN SU CONSENTIMIENTO para el tratamiento de datos en los términos definidos en la cláusula de protección de datos incluida en este formulario.

En Granada a de de

Firma del/la paciente o el/la representante

E74128

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD y Ley 3/2018 de PDP y Derechos Digitales le informamos que:

- a) El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
- b) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para facilitar el ejercicio de los derechos de acceso en relación a los datos de la historia de salud de Andalucía, cuya base jurídica es el consentimiento de la persona interesada.
- c) No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
- d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Puede consultar información detallada en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondatos>