

SOLICITUD DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Datos personales

Paciente

Nombre y apellidos _____ F. nacimiento _____

Persona solicitante

Nombre y apellidos _____ DNI: _____

Teléfono de contacto _____ E-mail: _____

Relación con el paciente _____ (Ver documentación necesaria para el trámite de dicha solicitud)

¿El solicitante tiene la Patria Potestad del menor? (imprescindible respuesta a esta pregunta para la tramitación de la solicitud) _____

Motivo de solicitud

<p>Firma padre, madre o tutor legal</p>

Documentación solicitada

La documentación que solicita el paciente es: _____

Del servicio (HM Nens) de: _____

Documentación necesaria para tramitar la solicitud

En el momento de realizar la solicitud, el solicitante deberá aportar la siguiente documentación:

Padre / Madre (pacientes menores de 16 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia DNI / Pasaporte del solicitante. - Fotocopia DNI / Pasaporte del paciente. (en caso de no tener DNI/Pasaporte será necesario adjuntar fotocopia del libro de familia) - Hoja de solicitud debidamente cumplimentada.
Paciente (pacientes mayores de 16 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia DNI / Pasaporte - Hoja de solicitud debidamente cumplimentada.
Tutor legal (pacientes menores de 16 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia del documento acreditativo de la designación judicial del tutor - Fotocopia DNI / Pasaporte del tutor legal. - Fotocopia DNI / Pasaporte del tutelado - Hoja de solicitud debidamente cumplimentada.

Entrega de documentación solicitada

El plazo máximo de entrega de la documentación solicitada será de 30 días a contar desde la entrega correcta de la solicitud, y documentación acreditativa necesaria.

Solicitud de envío de resultados

Yo, D/ª. con D.N.I nº

Email solicito el envío de los resultados de mis pruebas realizadas en el Servicio de en el Hospital con fecha de de de 2.....

En caso de representante legal (Padre, madre, tutor, etc.).

Nombre: D.N.I:

ENVÍO POR CORREO POSTAL (Certificado con acuse de recibo o mensajería.....)

A la siguiente dirección:

C.P.: Población

ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO (Encriptado con confirmación de recepción)

(OPCION NO VALIDA PARA EL ENVIO DE IMÁGENES)

Al siguiente e-mail :

Será necesario acreditar su identidad mediante el envío del D.N.I, N.I.E. o pasaporte por ambas caras

Mediante la presente, eximo al Hospital de cualquier eventualidad que pudiera afectar a la confidencialidad de mis datos de salud durante su envío, transporte o recogida.

Información básica sobre tratamiento de datos

De conformidad con la normativa vigente de protección de datos (Reglamento UE 2016/679 y L.O. 3/2018) le facilitamos la siguiente información sobre el tratamiento de datos: Responsable del tratamiento: Desarrollos Asistenciales Sur, S.L.. Contacto DPO: dpo@hmhospitales.com. Fin del tratamiento: Atender su solicitud de entrega de resultados a domicilio o e-mail. Legitimación: Art.6.1.a) RGPD. Con el consentimiento del titular de los datos. Criterios de conservación: Sus datos personales se conservarán mientras perdure la relación con el responsable, los plazos establecidos legalmente por la normativa y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento. Comunicación de los datos: Podrán cederse datos a cualquier entidad perteneciente a HM HOSPITALES (www.hmhospitales.com), por interés legítimo, a fin de mantener una gestión integral y centralizada de la relación de los interesados con cualesquiera entidades referenciadas. En cualquier otro supuesto, no está prevista ninguna otra cesión a terceros salvo que medie al efecto obligación legal o requerimiento judicial. Derechos que asisten al Interesado: Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, derecho de acceso, rectificación, portabilidad, supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento, mediante comunicación escrita o correo electrónico dirigido al Responsable del tratamiento, acompañando documento acreditativo de su identidad, a las direcciones mencionadas anteriormente, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es), si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Datos de contacto para ejercer derechos: Servicio de atención al paciente o mediante solicitud escrita dirigida al Responsable del tratamiento, sita en Avda. Carlos Haya, 121, 29010 Málaga. Información adicional: Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra Política de Privacidad: www.hmhospitales.com.

El interesado consiente en los términos expuestos:

Fecha:

Firma: