Imprimir formulario

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE | CONSELLERÍA DE SANIDADE

MODELO DE SOLICITUDE DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DATOS DO PACIENTE

Nome e apelidos			
Documento de identidade *(DNI, Pasaporte, Tarxeta residencia, ...)*			
Código Tarxeta Sanitaria *(TIS)*		**Número HC**	
Teléfono de contacto		**Data nacemento**	
Enderezo			
Concello		**Código Postal**	
Documentación acreditativa presentada	☐ Orixinal do documento acreditativo de identidade.		

DATOS DO SOLICITANTE (se é distinto do paciente)

Nome e apelidos			
Documento de identidade *(DNI, Pasaporte, Tarxeta residencia, ...)*			
Enderezo			
Concello		**Código Postal**	
Teléfono de contacto			
Correo electrónico			
Sistema de resposta	☐ Entrega en man. ☐ Envío por correo postal.		

Condición/documentación acreditativa presentada:

1 ☐ **Autorizado polo paciente (maiores de 16 anos):**
- Orixinal do DNI do solicitante.
- Copia do DNI do paciente.
- Orixinal de autorización do paciente.

2 ☐ **Representante legal/apoderado do paciente/persoas incapacitadas:**
- Orixinal do DNI do solicitante.
- Orixinal e copia de certificación da representación legal ou de escritura notarial de apoderamento que especifique acceso á historia clínica do paciente.

3 ☐ **Proxenitores de menores de 18 anos titulares da patria potestade do menor*:**
- Orixinal do DNI do proxenitor.
- Orixinal e copia do libro de familia/certificado de nacemento.

4 ☐ **Titor legal de menores de 18 anos:**
- Orixinal do DNI do titor legal.
- Orixinal e copia da sentenza xudicial de designación do titor legal.

5 ☐ **Parente paciente falecido:**
- Orixinal e copia do certificado de defunción (de non ter falecido en centros hospitalarios do Servizo Galego de Saúde).
- Orixinal do DNI do solicitante.
- Orixinal e copia da documentación acreditativa do parentesco ou vinculación co falecido (libro de familia/certificado de inscrición no rexistro de parellas de feito/certificado de convivencia/testamento/outra documentación admitida en dereito acreditativa do vínculo familiar ou de feito

6 ☐ **Por un terceiro, por situación de risco obxectivo para a saúde:**
- Orixinal do DNI do interesado.
- Motivación científico-técnica da situación de risco

*** en caso de menores de idade con proxenitores divorciados, separados legalmente ou calquera outra situación logo do cese da convivencia deberán presentar fotocopia da sentenza que resolva a situación do menor ou de eventuais medidas acordadas.**

MOTIVACIÓN DA SOLICITUDE (Opcional – Cubrirase con carácter voluntario)

Coñecer os motivos da súa solicitude permitirá proporcionarlle a documentación adecuada ás súas necesidades

☐ Atención noutro centro alleo ao SERGAS. ☐ Trámites relacionados con compañías aseguradoras.

☐ Cambio de residencia a outra comunidade autónoma. ☐ Trámites xudiciais.

☐ Outros:

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE | CONSELLERÍA DE SANIDADE

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA SOLICITADA

Se o considera necesario, amplíe a información sobre os motivos da solicitude:

Rango de datas sobre o que se solicita a documentación:

Documento clínico		**Datas**
Analítica		
Radioloxía/Medicina Nuclear ☐ Informes ☐ Imaxes	☐ RX ☐ Mamografía ☐ TAC ☐ Ortopantomografía ☐ Resonancia ☐ Gammagrafía	
Anatomía Patolóxica		
Informe Urxencias		
Informe Hospitalización		
Informe Intervención Cirúrxica		
Consultas	**Servizo:**	
Atención Primaria		
Outros		

Nos termos do artigo 69 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das Administracións Públicas, manifesto, baixo a miña responsabilidade, que cumpro cos requisitos establecidos na normativa vixente para o exercicio do dereito de acceso á información clínica solicitada, que dispoño da documentación que así o acredita, e que a porei a disposición da Administración cando sexa requirido a tal efecto, polo que de conformidade co previsto na Lei estatal 41/2002, do 14 de novembro, e na Lei galega 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes, **SOLICITO COPIA DA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA INDICADA NA SOLICITUDE.**

No caso dunha solicitude realizada polo proxenitor, con esta firma recoñece ter a patria potestade do fillo.

SINATURA: DATA:

A CUBRIR POLO CENTRO

COMPROBACIÓN DE REQUISITOS DA SOLICITUDE

Data de recepción da solicitude:

☐ **ACEPTADA** ☐ **NON ACEPTADA**. Motivo:

Profesional que efectúa a comprobación:

Centro de traballo:

A CUBRIR POLO CENTRO E O PETICIONARIO NA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Na Data ____ / ____ / ____ efectúase entrega de copia da documentación clínica solicitada a Don/Dona _____, previa acreditación da súa identidade.

☐ Soporte papel.
☐ Copia informática DVD nº

Profesional que efectúa a entrega

Recibín (data e DNI)