**SOLICITUD DE RELACIÓN DE ACCESOS PRODUCIDOS POR LOS PROFESIONALES A LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ÁMBITO DEL SESCAM.**

|  |
| --- |
| ***DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente).*** |
| NIF[ ]  NIE[ ]  PASAPORTE [ ]  |  Nº documento: |  |  |
|  |
| País de origen: |       | Nombre:  | *2º Apellido:* |  |
|  |  |  |  |
| 1º: Apellido |       | *2º Apellido* |  |  |
|  |  |  |
| En calidad de: |  Solicitante [ ]  Representante [ ]  Tutor [ ] País de origen:      |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  | Fecha de nacimiento  |  |  |
| Domicilio en Castilla- La Mancha: |       |  |
|  |
| Provincia: |       | C.P. |       | *Población:* |  |  |
|  |
| **Correo electrónico:** |  |  |
|  |
| ***Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el/la representante designado por la persona interesada.*** |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PACIENTE*****Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante*** |
| NIF[ ]  NIE[ ]   |  PASAPORTE [ ]  Número de documento: |       |  |
|  |
| País de origen: |       | Nombre:  |      2º Apellido:      |  |
|  |  |  |  |
| 1º Apellido: |       | 2º Apellido: |       |
| Hombre [ ]   | Mujer [ ]  Fecha de nacimiento  |  |

|  |
| --- |
| **ÁMBITO Y PERIODO ASISTENCIAL EN LOS QUE REQUIERE LA BÚSQUEDA DE LOS ACCESOS PRODUCIDOS.** |
| [ ]  Atención Primaria [ ]  Atención EspecializadaDesde:       Hasta       |

|  |
| --- |
| **SOLICITA** |
|  Al amparo de la normativa vigente, 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, Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, formular la petición de accesos producidos por los profesionales a la historia de salud anteriormente especificada.   |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaración responsable:**Que todos los datos consignados son veraces y los documentos que aporta son copia fiel de los originales que obran en su poder, estando facultada la Administración para verificarlos. Que conoce que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el art. 69 punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.**Autorizaciones:**Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración Pública salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:[ ]  Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de identidad.[ ]  Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de domicilio o residencia.En el caso de no autorizar la comprobación de los datos indicados, se compromete a aportar la documentación pertinente.**Documentación que se adjunta**[ ]  Copia del DNI, NIE o pasaporte en vigor del paciente.  [ ]  Copia del certificado de defunción. [ ]  Copia del documento Judicial de emancipación (en caso de menor emancipado). [ ] Copia de la Sentencia Judicial de otorgamiento de tutoría (en caso de incapacitación). [ ]  Copia del DNI, NIE o pasaporte en vigor del solicitante. [ ]  Copia de la documentación que acredite el parentesco. [ ]  Documentación acreditativa del domicilio o residencia.En caso de menores con padres divorciados, separados legalmente o en cualquier otra situación tras el cese de la convivencia: [ ]  Copia de la Sentencia Judicial actualizada que resuelve la situación del menor o de eventuales medidas acordadas.  [ ]  Declaración jurada de que no existen medidas cautelares de protección del menor.[ ] Otra documentación. |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** |
| **Responsable** | Dirección Gerencia Sescam. |
| **Finalidad** | Gestión de las Historias Clínicas de los Pacientes del Sescam. |
| **Legitimación** | - Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.- Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) UE 2016/679 de abril de 2016.- 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.-Ley 5/2010 de 24 de junio sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla La Mancha. |
| **Destinatarios** | No existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica:  <https://rat.castillalamancha.es/info/1154> |

En      a       de      de

Firma de la persona solicitante,

**AL TITULAR DE LA GERENCIA**