**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 Especializada  Desde:       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**