

## Formulario

# Solicitud de Documentación Clínica

### Datos del paciente

D/Dña .....  
con DNI (adjuntar fotocopia) ..... Fecha de nacimiento .....  
Domicilio a efectos de notificación .....  
Nº ..... Piso ..... Localidad .....  
CP ..... Provincia ..... Teléfono .....

### Datos del solicitante (no rellenar si es el paciente)

D/Dña .....  
con DNI (adjuntar fotocopia) ..... En calidad de .....  
Teléfono .....

### Solicita (marque con una X)

Informes (especifique cuáles)

.....  
.....  
*Si usted precisa informes de consultas, debe solicitárselos al especialista correspondiente.*

Pruebas radiológicas (radiografías, ecografías, etc...)

Otros .....

### Recuerde

#### Si usted es el paciente:

- Recuerde llevar consigo **DNI original**.

#### Si usted es familiar o representante legal:

- **Autorización del paciente** en la que haga constar los datos del paciente y los datos de la persona que viene a solicitar la documentación.
- Fotocopia **DNI del solicitante** y fotocopia del **DNI del paciente**.
- En caso de **menor de edad, fotocopia del libro de familia**.
- En caso de que el paciente tenga **14 años o más**, debe firmar la presente solicitud (LOPD 15/1999).

#### En caso de solicitar documentación de un paciente fallecido:

- Fotocopia del **Libro de Familia / Declaración de herederos / Inscripción en registro parejas de hecho**.
- En caso de que el paciente haya **fallecido fuera del centro/hospital** en el que usted realiza la solicitud, **fotocopia del certificado de defunción o fotocopia hoja de baja del registro civil**.
- Fotocopia **DNI del solicitante**.

Todos los requisitos que se solicitan son para cumplir con la legislación actual (**Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Directiva 95/46/CE del Parlamento europeo y de consejo**) y garantizar el derecho a la intimidad de los pacientes y la confidencialidad de los datos que están reflejados en la Historia Clínica.

Firma del  
paciente/solicitante

Firma del mayor de 14  
años

Barcelona a ..... de ..... de 20 ...

Esta solicitud debe dirigirse por el interesado o su representante legal, por cualquier medio que permita acreditar el envío y la recepción de la solicitud, a la CLINICA CIMA, Departamento de Archivo, Paseo de Manuel Girona nº 33, 08034 Barcelona.

En un plazo máximo de 30 días desde la recepción de su solicitud, daremos respuesta la misma (Art. 29 del RD. 1720/2007, 21 de diciembre de la LOPD)