

AUTORIZACIÓN RECOGIDA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (SANITAS HOSPITALES)

PARTE DE *Bupa*

El paciente:

D/Dña _____ con D.N.I. _____
autoriza a _____ con D.N.I. _____ en calidad de
_____ a que recoja documentos de su Historia Clínica.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del paciente o solicitante:

Firma del mayor de 16 años:

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.

Los datos que nos ha proporcionado se incorporarán a un fichero del que es responsable Sanitas, S.A. Hospitales, (en adelante Sanitas) con NIF A28986636 y domicilio social C/Ribera del loira, 52, 28042, Madrid. La recogida de los datos se hace con la finalidad de que Sanitas atienda su solicitud y en su caso, le procure la mejor asistencia sanitaria que precise. Nos autoriza a trasladar su solicitud a las personas o entidades que deban conocer de la misma incluidos los profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales. Puede ejercitar los correspondientes derechos de acceso, rectificación, cancelación y en su caso oposición, enviando una solicitud por escrito, acompañado de una fotocopia de su DNI o documento acreditativo equivalente a la siguiente dirección: Hospital/Centro _____ Departamento de _____