



Part de Bupa

Sol·licitud documentació Clínica Hospital CIMA

Dades del pacient:

Sr./Sra. _____ amb DNI, NIE o passaport¹ _____
Data de naixement _____ Domicili a efectes de notificació _____
Núm. _____ Pis _____ Localitat _____ CP _____ Província _____ Telèfon _____
Adreça electrònica _____

Dades del sol·licitant (no cal emplenar-ho si és el pacient)

Sr./Sra. _____ amb DNI, NIE o passaport¹ _____
En qualitat de _____ Telèfon _____

Sol·licita (marqueu amb una X)

Informes (especifiqueu-ne quins) _____

*Si necessiteu informes de consultes, els heu de sol·licitar a l'especialista corresponent.

Proves radiològiques (radiografies, ecografies, etc.) _____

Altres _____

Signatura del pacient (major de 14 anys) o sol·licitant:

Signatura:	Data: _____, el dia _____, de/d' _____, de _____
------------	---

¹ La persona interessada o el seu representant legal ha d'adreçar aquesta sol·licitud, per qualsevol mitjà que en permeti acreditar l'enviament i la recepció, a l'Hospital CIMA, Servei de Documentació Clínica, al passeig Manuel Girona, 33, 08034 Barcelona, juntament amb una còpia del DNI, NIE o passaport en vigor.

En un termini màxim de 30 dies des de la recepció, us contactarem per donar-hi resposta.

Protecció de dades de caràcter personal. Declaro estar informat que Sanitas, SA de Hospitales tracta les dades de caràcter personal recollides en aquesta autorització com a responsable del tractament (en endavant, les «dades personals»), amb les finalitats que s'hi indiquen i sobre la base del consentiment que hi dono, així com per al compliment de qualsevol obligació legal que pugui ser aplicable a Sanitas, sobre la base de la necessitat del tractament de les dades personals per al compliment esmentat. Sanitas no pot comunicar les dades personals a tercers perquè en facin ús per a les seves finalitats pròpies, llevat que les administracions públiques o altres organismes legals, en l'exercici de les seves competències, les puguin requerir a Sanitas, o si aquesta cessió és estrictament necessària per al compliment de les finalitats reflectides en aquest document. Sanitas pot donar accés a les dades personals a tercers que presentin garanties suficients, sempre que calgui per executar les finalitats esmentades en aquest document. En cas que aquests accessos requereixin transferències de les dades personals fora de l'Espai Econòmic Europeu, Sanitas garanteix l'adopció de mesures i garanties d'acord amb la normativa (més informació a www.sanitas.es/RGPD, apartat «Transferències internacionals»). Sanitas conserva les dades personals el temps necessari per dur a terme correctament les finalitats esmentades, sempre que aquesta autorització no sigui revocada. Declaro estar informat que puc exercir per escrit els meus drets d'accés, rectificació, oposició, supressió, portabilitat i limitació del tractament i, si escau, no ser objecte de decisions individuals automatitzades, així com el dret a revocar el consentiment donat. Puc exercir aquests drets mitjançant una sol·licitud escrita i signada, acompanyada d'una còpia del meu DNI o document equivalent que acrediti la meua identitat, dirigida a l'atenció de l'equip de Privacitat, a l'adreça postal següent: C. Ribera del Loira, 52, 28042, Madrid, o a l'adreça electrònica docclinicahosp@sanitas.es. També em puc adreçar al delegat de Protecció de Dades de Sanitas a través de l'adreça electrònica: dpo@sanitas.es. Així mateix, puc presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (AEPD). Declaro estar informat que puc consultar informació addicional sobre el tractament de les meves dades de caràcter personal a www.sanitas.es/RGPD.

Lliurament de la documentació

Avís al pacient o sol·licitant:	Rebut i conforme
	Nom del pacient o la persona autoritzada:
Data de l'avis:	Data:
	Signatura:

01/03/2023

Autorització expressa per a la recollida de documentació per part d'una persona diferent del pacient

Pacient:

Nom: _____

Cognoms: _____

Amb DNI: _____

Sol·licitant (si és una persona diferent del pacient):

Nom: _____

Cognoms: _____

Amb DNI: _____

En qualitat de/d': _____

Autoritzo:

Nom: _____

Cognoms: _____

Amb DNI: _____

A recollir una còpia de la documentació clínica sol·licitada en data _____

Signatura del pacient (major de 14 anys) o sol·licitant

Signatura de la persona autoritzada

Instruccions per a l'accés a la documentació de la història clínica

Si sou el pacient:

- Recordeu portar el **DNI, NIE o passaport original en vigor**.

Si en sou un familiar o el representant legal:

- **Autorització** del pacient (a partir dels 14 anys) en què fa constar les dades del pacient, les dades del sol·licitant (si és una persona diferent del pacient) i les dades de la persona autoritzada.
- Fotocòpia del **DNI, NIE o passaport en vigor del sol·licitant** i fotocòpia del **DNI, NIE o passaport en vigor del pacient**.
- En cas de **menor d'edat**, fotocòpia del **llibre de família o document que n'acrediti la representació legal**.
- Recordeu portar el **DNI, NIE o passaport original en vigor**.

En cas de sol·licitar documentació d'un **pacient mort**:

- Fotocòpia del **llibre de família / declaració d'hereus / inscripció en el registre de parelles de fet**.
- En cas que el pacient hagi **mort fora del centre / hospital** on feu la sol·licitud, **fotocòpia del certificat de defunció o fotocòpia del full de baixa del registre civil**.
- Fotocòpia del DNI, NIE o passaport en vigor del sol·licitant (persona amb vincle familiar o de fet amb el pacient).