



COMPLEJO HOSPITALARIO DE MÉRIDA

SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL MENOR

Nº de Registro:

Nº de HC:

Datos del Paciente:

D/Dª....., DNI.....

Domicilio....., Población.....

Teléfono

Datos del Solicitante:

El propio paciente, Otra persona: D/ Dª.....

DNI, CP, Domicilio.....

Población, Teléfono

Documentación Solicitada:

Centro en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la Documentación Clínica:

.....

Tipo de Asistencia: Hospitalización....., Consultas, Urgencias....., Otros.....

Motivo de la Solicitud (Segunda Opinión, Tribunal Médico, Judicial, Compañía de Seguros, Uso Particular, Otros,...).

Documentos que solicita: (Especialidad y Fecha en la que se prestó la asistencia).

-
-
-

Firma y Fecha del Solicitante.

A cumplimentar por el Servicio de Atención Al Usuario: Documentación aportada:

DNI/ Carne de Conducir/ Pasaporte/ Autorización/ Otros

Validación de Copias:

Fecha de recepción de Solicitud:/...../.....

(Firma)

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD, QUE EL SOLICITANTE REUNE TODOS LOS REQUISITOS QUE ESTABLECE LA LEGISLACIÓN VIGENTE PARA ACCEDER A LA DOCUMENTACIÓN QUE SOLICITA Y QUE ES CIERTO TODO LO QUE AQUÍ SE ESTABLECE.

RECOMENDACIONES PARA SOLICITAR COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

- . El Servicio de Atención al Usuario, le facilitará un impreso de solicitud que deberá cumplimentar adecuadamente.
- . Es muy importante que en el impreso especifique el tipo de documento que necesita y la fecha en que se produjo.
- . En ocasiones es más útil el informe radiológico que la propia imagen o placa de Rayos, no lo pida si no es necesario.
- . Tenga en cuenta que el programa JARA está implantando en todos los Centros de Salud y Hospitalarios de la Comunidad. Si necesita documentación para alguna consulta de estos centros no es necesario que la pida pues ellos podrán verla a través del programa.

REQUISITOS NECESARIOS PARA SOLICITAR /RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (ORIGINAL/COPIA COMPULSADA)

Deberán formular la solicitud los representantes legales (titulares de la patria potestad o tutores). Dependiendo de la madurez del menor puede resultar necesario la autorización del propio paciente. Deberá presentar el impreso cumplimentado.

- Si es usted **titular** de la patria potestad:

1. Original del D.N.I o equivalente del titular de la patria potestad.
2. Original del Libro de Familia o Certificación Literal del nacimiento del menor.
3. En caso de separación o divorcio de los titulares de la patria potestad aportarán original de la sentencia judicial de aplicación al proceso de separación o divorcio.

- Si es usted **tutor**:

1. Original D.N.I. o equivalente.
2. Original de la sentencia judicial donde se establezca la representación legal

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

- Una vez dispongamos de la copia de la documentación solicitada, se le enviará POR CORREO a la dirección que nos haya indicado.

- Si tiene cita en los próximos 15 días, debe presentar la nota de cita y cuando esté preparada la documentación, se le llamará por teléfono indicándole que puede pasar a recogerla en el Servicio de Atención al Usuario donde presentó la solicitud (la copia de la documentación clínica deberá ser retirada en un plazo máximo de tres meses desde el aviso de recogida)

DECLARACIÓN JURADA PARA SOLICITAR/RECOGER COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE UN MENOR.

D/D^a..... con DNI.....

Declaro que reúno todos los requisitos que establece la legislación vigente para acceder a la documentación que solicito.

Fecha y Firma.

Entrega de Documentación: Con fecha/...../..... se hace entrega a D/D^a.....
.....con DNIde la documentación solicitada habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada.

Firma y Sello del SAU:

Recibí: