

## SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

<b>A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/LA PACIENTE</b>			<b>NHC*:</b>	
Nombre		Apellidos		
DNI		Fecha de nacimiento	Teléfono 1	Teléfono 2 (opcional)
Domicilio			C. Postal	
Localidad		Provincia	País	
<b>B. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/LA SOLICITANTE</b>				
<input type="checkbox"/> Si paciente y solicitante son la misma persona marque esta casilla y pase al apartado C				
Nombre		Apellidos		
DNI	Teléfono 1		Teléfono 2 (opcional)	
Domicilio	C. Postal	Provincia	País	
Relación con el/la paciente. Usted es (señale lo que corresponda):				
<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja	<input type="checkbox"/> Familiar		
<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Tutor/a	<input type="checkbox"/> Otra		
Situación actual del/la paciente (señale lo que corresponda):				
<input type="checkbox"/> Fallecido/a	<input type="checkbox"/> Menor	<input type="checkbox"/> En reposo		
<input type="checkbox"/> Ingresado/a en otro centro	<input type="checkbox"/> Incapacitado/a	<input type="checkbox"/> Desplazado/a		
<b>C. MOTIVO DE LA SOLICITUD (Indique qué necesita y el motivo)</b>				

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de --- de \_\_\_\_\_ .  
 (Fecha y firma de la entrega de la documentación)

## INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Documentación que debe aportar:

1. Si el solicitante es el propio paciente:
  - 1.1 Impreso de solicitud cumplimentado y firmado.
  - 1.2 **DNI** o pasaporte.
2. Si el solicitante es otra persona:
  - 2.1 Impreso de solicitud cumplimentado y firmado.
  - 2.2 **DNI** o pasaporte.
  - 2.3 Si es padre, madre o tutor de un paciente menor de edad, deberá aportar el Libro de Familia.
  - 2.4 Si es familiar o cónyuge del paciente: autorización por escrito del paciente, fotocopia del **DNI** del paciente y del solicitante.
  - 2.5 En caso de que el paciente esté incapacitado se deberán presentar informes médicos que acrediten esa incapacidad, poder u otro certificado que acredite la custodia/tutoría del paciente, **DNI** del solicitante y del paciente.
  - 2.6 En caso de que el paciente haya fallecido, el solicitante deberá aportar un documento que le acredite como familiar del fallecido y autorización por escrito y fotocopia del DNI de todos los herederos.

## PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo previsto en el Reglamento (UE) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, y normativa complementaria, se le informa de que los datos personales que nos facilite (incluidos los datos de salud) serán tratados por Clínica Momía, S.A.U., con domicilio en Avda. de los Condes, s/n-39018 Mompía, como responsable del tratamiento, con la finalidad de atender y gestionar su solicitud. De no facilitarnos los datos requeridos, que son obligatorios, no se podrá tramitar su solicitud. Las bases legales del tratamiento son la ejecución de su solicitud, el cumplimiento de la normativa de protección de datos, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 4/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente, y demás normativa sectorial sanitaria de ámbito estatal y autonómico, así como su consentimiento, el cual presta por medio de la firma del presente escrito. Se le informa de que podrá retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento realizado hasta la fecha de la retirada.

Sus datos serán conservados durante el tiempo necesario para atender su solicitud y, a partir de entonces, durante el plazo de prescripción de las responsabilidades derivadas del tratamiento y de la relación entablada, sin perjuicio del deber de bloqueo, en su caso.

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos dirigiéndose por escrito a Clínica Momía, S.A.U., con domicilio en Avda. de los Condes, s/n - 39018 Mompía, o a la dirección [protecciondatos@clinicamompia.com](mailto:protecciondatos@clinicamompia.com), adjuntando en ambos casos fotocopia de su DNI o documento oficial equivalente. En caso de que Clínica Momía, S.A.U. no atienda o respete sus derechos, podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Si tuviera dudas sobre la protección de sus datos personales, podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en [dpo@clinicamompia.com](mailto:dpo@clinicamompia.com).

Respecto a los datos que usted nos facilite de terceros, manifiesta contar con el consentimiento de los mismos para proporcionarnos sus datos en los términos aquí indicados, así como haberles informado de todos los extremos aquí reflejados relativos al tratamiento de sus datos y el ejercicio de sus derechos ante Clínica Momía, S.A.U.

Firma del interesado/a: