

**SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
HISTORIAL CLÍNICO**

USUARIO/PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS:
D.N.I. : TELÉFONO:
DOMICILIO : CP
LOCALIDAD : PROVINCIA:
Nº de AFILIACIÓN a la S.S. :

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y APELLIDOS:
D.N.I. : TELÉFONO:
DOMICILIO: CP
LOCALIDAD : PROVINCIA:
Nº de AFILIACIÓN a la SS. :

NOTA: Es imprescindible la presentación del DNI o documento de identidad y, en su caso, el documento que acredite que es el representante legal del paciente.

*DOCUMENTACIÓN SOLICITADA :

“HISTORIA CLÍNICA”

De conformidad con lo previsto en la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación, que contempla el derecho de acceso de los pacientes y usuarios de la Sanidad a la obtención de los datos que figuran en la historia clínica de éstos, de acuerdo al sometimiento del régimen jurídico de protección de datos de carácter personal, y en virtud del artículo 14 del Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, de la Consejería de Sanidad del Gobierno de la Junta de Castilla y León, por el que se regula la historia clínica y su acceso, **SOLICITO**, en mi condición de paciente o usuario, la entrega de una **copia en soporte físico del contenido completo** de la misma.

En a de de 20....

FIRMADO:

