



FORMULARI DE SOL·LICITUD DE DOCUMENTACIÓ CLÍNICA PACIENT DIFUNT

DADES DEL TITULAR DE LA HISTÒRIA CLÍNICA

Nom:

Cognoms:

Data naixement:

DNI:

PERSONA AUTORITZADA

Nom:

Cognoms:

DNI:

Telèfon:

Correu electrònic:

L'accés a la història clínica d'un pacient èxitus, es facilitarà a les persones vinculades a ell, per raons familiars o de fet, excepte que el pacient ho hagués prohibit expressament i així s'acrediti (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

La documentació lliurada, conté dades relatives a la intimitat de les persones i per tant em COMPROMETO a mantenir la reserva necessària sobre aquestes dades i a garantir la mateixa reserva per part d'altres persones que hi tinguin accés a través meu, preservant així la intimitat i confidencialitat de la informació lliurada i garantint el bon ús de la mateixa (Llei 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

SIGNATURA:

DATA SOL·LICITUD:

DOCUMENTACIÓ QUE CAL ADJUNTAR:

- DNI del titular o Certificat de defunció
- DNI de la persona autoritzada i Fotocòpia del llibre de família