



CLINICA GIRONA
Carrer Barcelona 204-206
17005 Girona
arxiu@clinicagirona.cat

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 dela informació lliurada i garantint el bon ús de la mateixa. I, de conformitat amb el que preveuen els articles 15 i següents del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades.

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**