



FORMULARI DE SOL·LICITUD DE DOCUMENTACIÓ CLÍNICA PACIENT DIFUNT

DADES DEL/LA 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/a pacient èxitus es facilitarà a les persones vinculades a ell, per raons familiars o de fet, excepte que el/la pacient ho hagués prohibit expressament i així s'acrediti (Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del/la pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació 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, 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/la titular o certificat de defunció
- DNI de la persona autoritzada i fotocòpia del llibre de família