

SOL·LICITUD D'ACCÉS AUTORITZAT A LA HISTÒRIA CLÍNICA D'UNA ALTRA PERSONA

Codi SIA

3288842

DESTINACIÓ ¹	
CODI DIR3 ²	

SOL·LICITANT

Núm. doc. identitat		Nom	
Primer llinatge		Segon llinatge	
Relació amb el persona representada (situació d'accés autoritzat):			
Progenitor (la persona representada és menor d'edat) Representant d'una entitat pública que en té la tutela (serveis de protecció de menors) Curador legal, guardador de fet o defensor judicial Cuidador de fet, familiar, persona propera o algú designat expressament per la persona representada, que té una discapacitat psíquica o sensorial i no té curador legal			

PERSONA REPRESENTADA

Núm. doc. identitat		Nom	
Primer llinatge		Segon llinatge	
CIP autonòmic			

COMUNICACIONS

Destinatari i canal per rebre les comunicacions									
Canal de comunicació ³			Notificació electrònica				Correu postal		
Marcau aquesta casella si voleu que el destinatari rebi les comunicacions en castellà (art. 15 Decret 49/2018)									
Adreça electrònica*							Telèfon		
Correu postal (consignau aquestes dades només si heu triat aquest canal de comunicació)									
Tipus de via			Nom de la via						
Núm.	Bloc	Escala	Planta	Porta	Punt quilomètric	Polígon	Parcel·la	Codi postal	
Localitat					Municipi ⁴				
Província ⁵					Estat ⁵				

* S'enviaran a l'adreça electrònica facilitada els avisos per consultar les notificacions i les comunicacions que figurin en la Carpeta Ciutadana de la Seu Electrònica del Govern de les Illes Balears, en cas que hàgiu triat «Notificació electrònica» com a canal de comunicació.

EXPÒS:

Que, en virtut de la Llei 39/2015 d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques; la Llei 40/2015 d'1 d'octubre, de règim jurídic del sector públic; la Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica; el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016, i la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, estic en disposició d'actuar com a representant autoritzat de les persones les dades de les quals figuren a la primera pàgina.

SOL·LICIT:

Obtenir permís per accedir a la història clínica de la persona a la qual represento per tal de poder realitzar les següents accions:

- 1) Consultar la seva història clínica; descarregar informes clínics, resultats de proves diagnòstiques, informació sobre vacunacions i altres documents integrats en la història clínica.
- 2) Dur a terme tràmits i gestions assistencials en el seu nom: gestió de cites mèdiques, tramitació de gestions administratives vinculades a l'atenció sanitària i accés a serveis telemàtics de salut.

DOCUMENTACIÓ ADJUNTA⁶

DECLARACIÓ RESPONSABLE

DECLARO sota la meva responsabilitat:

1. Que les dades consignades i els documents aportats són autèntics, i sé que la inexactitud, la falsedat o l'omissió en qualsevol dada o document pot produir els efectes prevists en l'article 69.4 de la Llei 39/2015.
2. Que, en la data d'aquesta sol·licitud, no hi ha cap circumstància que pugui afectar la validesa de la documentació acreditativa que present com a representant legal.
3. Que, si en el futur es produeix algun canvi en la situació de l'accés autoritzat, ho comunicaré a l'organisme competent perquè pugui analitzar la vigència i la revocació d'aquest accés.

M'opòs que es consultin les dades necessàries per tramitar aquesta sol·licitud; per això aport els documents oportuns.

Data (excepte si signa electrònicament)

Rúbrica o signatura electrònica

INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

De conformitat amb el 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, i amb la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, informam sobre el tractament de les dades personals consignades en aquest formulari.

El responsable del tractament de les dades personals consignades en aquest formulari és la Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears, amb seu al carrer de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma). Aquestes dades seran tractades amb la finalitat de gestionar la sol·licitud d'accés autoritzat i seran incorporades a l'activitat de tractament «Atenció a usuaris». El tractament és necessari per complir una obligació legal i una missió en interès públic.

Els possibles destinataris de les dades personals són altres òrgans de l'Administració de la Comunitat Autònoma, altres òrgans de l'Administració de l'Estat, òrgans de la Seguretat Social i entitats sanitàries.

Les dades es mantindran durant el temps que calgui per complir la finalitat per a la qual s'han obtingut i per determinar les possibles responsabilitats que es puguin derivar d'aquesta finalitat i del tractament de les dades.

Teniu dret a oposar-vos al tractament de les dades i a limitar-lo, i també a accedir, rectificar i suprimir les dades i exercir el dret a la portabilitat. A més, teniu dret a presentar una reclamació davant una autoritat de control. Per exercir aquests drets heu de presentar una sol·licitud per escrit al Servei d'Atenció a l'Usuari de la Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears, situat al carrer del Carme, 18 (07003 Palma).

La Delegació de Protecció de Dades del Servei de Salut de les Illes Balears té la seu a la Direcció General (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). L'adreça electrònica de contacte és dpd@ibsalut.es.



Si voleu més informació sobre el tractament de les dades personals, visitau l'apartat «Registre d'activitats de tractament» del web del Servei de Salut escanejant aquest codi QR.

INSTRUCCIONS

Per favor, emplenau el formulari directament amb l'ordinador; no obstant això, si optau per escriure a mà empra preferentment lletres majúscules, sense oblidar els accents necessaris.

1. Indicau l'òrgan que ha de tramitar la sol·licitud. Si el sabeu, podeu concretar el departament (direcció o subdirecció, per exemple).
2. Escriviu el codi d'identificació corresponent a l'òrgan (DIR3). Si no el sabeu, el podeu cercar a la pàgina web d'atenció a la ciutadania del Govern de les Illes Balears o ho podeu demanar a l'oficina de registre.
3. Senyalau a canal preferent de notificació una de les dues opcions, llevat que tingueu l'obligació a relacionar-vos telemàticament amb l'Administració, d'acord amb l'article 14 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques.
4. Consignau el municipi només si la denominació no coincideix amb la de la localitat (p. ex.: localitat, Pòrtol; municipi, Marratxí).
5. La província o l'estat només han de figurar si l'adreça postal està situada a una altra comunitat autònoma o a un estat estranger.
6. Indicau la documentació que adjunteu, si és possible en el mateix ordre en què la presentareu en el moment de formalitzar la sol·licitud. La documentació que heu d'adjuntar dependrà de la situació d'accés autoritzat del sol·licitant:
 - a) Progenitor d'una persona menor d'edat: document d'identificació del menor; document d'identificació d'ambdós progenitors; certificat de naixement del menor; resolució judicial sobre pàtria potestat, les custòdies o les limitacions (si hi és aplicable); documentació acreditativa de família monoparental (si hi és aplicable).
 - b) Representant d'una entitat pública que té la tutela de la persona representada (serveis de protecció de menors): document d'identificació del menor (si en disposau); identificació del representant de l'entitat pública de protecció de menors; resolució administrativa o judicial de tutela; acreditació interna de l'organisme públic que indiqui qui hi actua com a representant autoritzat.
 - c) Curador legal, guardador de fet o defensor judicial de la persona representada: document d'identificació de la persona representada; document d'identificació del curador/defensor/guardador; resolució judicial original o còpia autèntica (interlocutòria o sentència) que estableix l'abast de les mesures de suport; verificació que la resolució està inscrita en el Registre Civil (art. 300 Codi civil).
 - d) Cuidador de fet, familiar, persona propera o algú expressament designat per la persona representada, que té una discapacitat psíquica o sensorial i no té curador legal: document d'identificació de la persona representada; document d'identificació del cuidador o familiar; resolució judicial que atorgui la mesura de suport (curatela / defensor judicial).