

SOLICITUD DE ACCESO AUTORIZADO A LA HISTORIA CLÍNICA DE OTRA PERSONA

CÓDIGO SIA

3288842

DESTINO ¹	
CÓDIGO DIR ³	

SOLICITANTE

Núm. doc. identidad		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Relación con la persona representada (situación de acceso autorizado):			
Progenitor (la persona representada es menor de edad) Representante de una entidad pública que tiene su tutela (servicios de protección de menores) Curador legal, guardador de hecho o defensor judicial Cuidador de hecho, familiar, allegado o alguien designado expresamente por la persona representada, que tiene una discapacidad psíquica o sensorial y no tiene curador legal			

PERSONA REPRESENTADA

Núm. doc. identidad		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
CIP autonómico			

COMUNICACIONES

Canal para recibir las comunicaciones								
Canal de comunicación ³		Notificación electrónica			Correo postal			
Correo electrónico*					Teléfono			
Correo postal (consigne estos datos solo si ha elegido este canal de comunicación)								
Tipo de vía			Nombre de la vía					
Núm.	Bloque	Escalera	Planta	Puerta	Punto kilométrico	Polígono	Parcela	Código postal
Localidad				Municipio ⁴				
Provincia ⁵				Estado ⁵				

* Se enviarán al correo electrónico facilitado los avisos para consultar las notificaciones y las comunicaciones que figuren en la Carpeta Ciudadana de la Sede Electrónica del Gobierno de las Islas Baleares, en caso de que haya elegido «Notificación electrónica» como canal de comunicación.

EXPONGO:

Que, en virtud de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas; la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público; la 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; el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, y la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, estoy en disposición de actuar como representante autorizado de la personas cuyos datos figuran en la primera página.

SOLICITO:

Obtener permiso para acceder a la historia clínica de la persona a la que represento a fin de poder realizar las siguientes acciones:

- 1) Consultar su historia clínica; descargar informes clínicos, resultados de pruebas diagnósticas, información sobre vacunaciones y otros documentos integrados en la historia clínica.
- 2) Llevar a cabo trámites y gestiones asistenciales en su nombre: gestión de citas médicas, tramitación de gestiones administrativas vinculadas a la atención sanitaria y acceso a servicios telemáticos de salud.

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA⁶

DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO bajo mi responsabilidad:

1. Que los datos consignados y los documentos aportados son auténticos, y sé que la inexactitud, la falsedad o la omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69.4 de la Ley 39/2015.
2. Que, en la fecha de esta solicitud, no existe ninguna circunstancia que pueda afectar a la validez de la documentación acreditativa que presento como representante legal.
3. Que, si en el futuro se produce algún cambio en la situación del acceso autorizado, lo comunicaré al organismo competente para que pueda analizar la vigencia y la revocación de dicho acceso.

Me opongo a que se consulten los datos necesarios para tramitar esta solicitud; por ello apporto los documentos oportunos.

Fecha (excepto si firma electrónicamente)

Rúbrica o firma electrónica

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y con la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, informamos sobre el tratamiento de los datos personales consignados en este formulario.

El responsable del tratamiento de los datos personales consignados en este formulario es la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, con sede en la calle de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma). Dichos datos serán tratados con la finalidad de gestionar la solicitud de acceso autorizado y serán incorporados a la actividad de tratamiento «Atención a usuarios». El tratamiento es necesario para cumplir una obligación legal y una misión en interés público.

Los posibles destinatarios de los datos personales son otros órganos de la Administración de la Comunidad Autónoma, otros órganos de la Administración del Estado, órganos de la Seguridad Social y entidades sanitarias.

Los datos se mantendrán durante el tiempo que sea necesario para cumplir la finalidad para la que se han obtenido y para determinar las posibles responsabilidades que puedan derivarse de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.

Tiene derecho a oponerse al tratamiento de los datos y a limitarlo, y también a acceder, rectificar y suprimir los datos y ejercer el derecho a la portabilidad. Además, tiene derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control. Para ejercer estos derechos ha de presentar una solicitud por escrito al Servicio de Atención al Usuario de la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, ubicado en la calle del Carme, 18 (07003 Palma).

La Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene su sede en la Dirección General (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). El correo electrónico de contacto es dpd@ibsalut.es.

Si desea más información sobre el tratamiento de sus datos personales, visite el apartado «Registro de actividades de tratamiento» del web del Servicio de Salud escaneando este código QR.



INSTRUCCIONES

Por favor, cumplimente el formulario directamente con el ordenador; no obstante, si opta por escribir a mano use preferentemente letras mayúsculas, sin olvidar las tildes necesarias.

1. Indique el órgano que debe tramitar la solicitud. Si lo sabe, puede concretar el departamento (dirección o subdirección, por ejemplo).
2. Escriba el código de identificación correspondiente al órgano (DIR3). Si no lo sabe, puede buscarlo en la página web de atención a la ciudadanía del Gobierno de las Islas Balears o preguntarlo en la oficina de registro.
3. Señale como canal preferente de notificación una de las dos opciones, salvo que tenga la obligación a relacionarse telemáticamente con la Administración, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.
4. Consigne el municipio solo si su denominación no coincide con la de la localidad (p. ej.: localidad, Pòrtol; municipio, Marratxí).
5. La provincia o el estado solo deben figurar si la dirección postal está situada en otra comunidad autónoma o en un estado extranjero.
6. Indique la documentación que adjunta, si es posible en el mismo orden en que la presentará en el momento de formalizar la solicitud. La documentación que debe adjuntar dependerá de la situación de acceso autorizado del solicitante:
 - a) Progenitor de una persona menor de edad: documento de identificación del menor; documento de identificación de ambos progenitores; certificado de nacimiento del menor; resolución judicial sobre la patria potestad, las custodias o las limitaciones (si es aplicable); documentación acreditativa de familia monoparental (si es aplicable).
 - b) Representante de una entidad pública que tiene la tutela de la persona representada (servicios de protección de menores): documento de identificación del menor (si dispone de él); identificación del representante de la entidad pública de protección de menores; resolución administrativa o judicial de tutela; acreditación interna del organismo público que indique quién actúa como representante autorizado.
 - c) Curador legal, guardador de hecho o defensor judicial de la persona representada: documento de identificación de la persona representada; documento de identificación del curador/defensor/guardador; resolución judicial original o copia auténtica (auto o sentencia) que establece el alcance de las medidas de apoyo; verificación de que la resolución está inscrita en el Registro Civil (art. 300 Código civil).
 - d) Cuidador de hecho, familiar, allegado o alguien expresamente designado por la persona representada, que tiene una discapacidad psíquica o sensorial y no tiene curador legal: documento de identificación del paciente; documento de identificación del cuidador o familiar; resolución judicial que otorgue la medida de apoyo (curatela / defensor judicial).