

SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA REALIZADA POR EL PACIENTE

Clínica _____

Doctor/Doctora _____

Dirección:

Calle _____

C.P. _____

En a de de

Don / Doña mayor de edad,
con DNI con domicilio en
y teléfono,

Actuando en su propio nombre y representación, se procede a EJERCER EL DERECHO DE ACCESO a la HISTORIA CLINICA del paciente identificado, cuya copia del DNI se acompaña, con especial mención de los profesionales que realizaron la atención, con nombre, apellidos y nº de colegiados, intervenciones realizadas, pruebas diagnosticas de imagen, consentimientos informados y demás documentos que contengan datos, valoraciones en informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica del paciente, de conformidad con lo establecido en el artículo 3 de 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.

La documentación solicitada está sustentada en el contenido de la historia clínica de conformidad con el artículo 15 de la mencionada Ley 41/2002.

Dicha documentación es necesaria a los efectos de no perjudicar los intereses del paciente, solicitando que sea facilitada en un plazo no superior a quince días naturales desde la presentación de este escrito, evitando así la reclamación de los mismos por vía judicial, así como la denuncia ante la Agencia de Protección de datos, para el caso de vulneración al derecho de acceso de la información solicitada.

Además, por medio de la presente se efectúa la correspondiente reclamación de los daños y perjuicios sufridos por lo que el paciente queda a su disposición en la dirección y teléfonos indicados, sirviendo la presente comunicación como REQUERIMIENTO PREVIO para interrumpir la prescripción a los efectos de las posibles acciones judiciales que en derecho asistan al paciente.

Firma del paciente