



Solicitud Documentación Clínica Hospital Universitario La Moraleja

PARTE DE **Bupa**

Datos del paciente:

D/Dña _____ con DNI (Adjuntar fotocopia DNI) _____

Fecha de nacimiento _____ Domicilio a efectos de notificación _____

Nº _____ Piso _____ Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____

Datos del solicitante (no rellenar si es el paciente)

D/Dña _____ con DNI (Adjuntar fotocopia DNI) _____

En calidad de _____ Teléfono _____

Solicita (marque con una X)

Informes (especifique cuales) _____

*Si usted precisa informes de consultas, debe solicitárselos al especialista correspondiente.

Pruebas radiológicas (radiografías, ecografías, etc.) _____

Otros _____

Recuerde

Si usted es el paciente:

- Recuerde llevar consigo **DNI original**.

Si usted es familiar o representante legal:

- **Autorización** del paciente en la que haga constar los datos del paciente y los datos de la persona que viene a solicitar la documentación.
- Fotocopia **DNI del solicitante** y fotocopia del **DNI del paciente**.
- En caso de **menor de edad**, fotocopia del **libro de familia**.
- En caso de que el paciente tenga 14 años o más, debe firmar la presente solicitud (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales).

En caso de solicitar documentación de un **paciente fallecido**:

- Fotocopia del **Libro de Familia / Declaración de herederos / Inscripción en registro parejas de hecho**.
- En caso de que el paciente haya **fallecido fuera del centro/hospital** en el que usted realiza la solicitud, **fotocopia del certificado de defunción o fotocopia hoja de baja del registro civil**.
- Fotocopia DNI del solicitante.

Firma del paciente o solicitante:

Firma del mayor de 14 años:

En _____, a _____ de _____ de _____

Esta solicitud debe dirigirse por el interesado o su representante legal, por cualquier medio que permita acreditar el envío y la recepción de la solicitud, al Hospital Universitario La Moraleja, Servicio de Documentación Clínica, Avda. Fco Pi y Margall Nº 81, Sanchinarro 28050 Madrid.

En un plazo máximo de 30 días desde la recepción de su solicitud, nos pondremos en contacto para dar respuesta a su solicitud.

Recogemos sus datos con el fin de garantizarle la mejor experiencia en el servicio que precise, ya sea para hacer uso de sus derechos, trasladarnos sus comentarios o prestarle un servicio o asistencia. Nos autoriza a ceder sus datos y a solicitar información a las personas o entidades afectadas o mencionadas por usted en el formulario para poder atender su solicitud. Los datos se conservarán durante -al menos- 5 años y serán responsabilidad de Sanitas S.A. de Hospitales con domicilio social en Madrid, calle Ribera del Loira nº 52. Tiene derecho a acceder, rectificar, suprimir los datos y a otros derechos contemplados en la normativa solicitándolo en el centro médico o en el email docclincahosp@sanitas.es. Puede encontrar más información sobre su privacidad en la página web: <https://www.sanitas.es/rgpd>

12/09/2019