

## SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE **ATENCIÓN PRIMARIA**

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Código Postal y Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### CENTRO SANITARIO DEL QUE SE SOLICITA LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Centro\* \_\_\_\_\_ Facultativo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Código Postal y Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ \*especificar una solicitud por cada centro sanitario.

### DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### MOTIVO DE LA SOLICITUD

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SOLICITANTE (Cuando sea diferente al paciente)

El/La Paciente      Otra Persona (Identificación)

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### FIRMA Y SELLO DEL CENTRO SANITARIO

Fdo.: \_\_\_\_\_

### TIPO DE ENTREGA

Correo      En Mano      Correo Electrónico (Si es posible por el SAU)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

La solicitud debe acompañar y cumplir con los requisitos que se relacionan en la página siguiente.

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑAR Y/O CUMPLIMENTAR CON LA SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE **ATENCIÓN PRIMARIA**.

Solicitada por el propio paciente:

DNI del/de la paciente.

Solicitada por un Centro Sanitario:

Además, deberá ser sellado y firmado por el Facultativo o solicitud por escrito del Centro.

Solicitante distinto/a al/a la titular de la Documentación Clínica:

Autorización por escrito del/de la paciente donde detalle nombre, apellidos y DNI del/de la solicitante.

DNI del/de la paciente y DNI del/de la solicitante.

Menores de edad (menores de 16 años) y/o Personas Discapacitadas (según los casos):

Libro de Familia.

DNI de los padres o tutor/es legal/es.

En el caso de Padres Separados o Divorciados: justificación de tener la patria potestad; en caso de no tenerla: autorización de la otra parte o petición por Orden Judicial.

Documento que acredite la Discapacidad, en el que se especifique la tutoría legal.

Éxitus:

DNI del fallecido y DNI del solicitante.

Certificado de Defunción.

Si el solicitante es Familiar Directo: Libro de Familia.

Si el solicitante no es Familiar Directo: Testamento o Certificado de Últimas Voluntades y Declaración de Herederos.

Si el solicitante es Pareja de Hecho del fallecido: Certificado de Convivencia o Inscripción en el Registro de Parejas de Hecho.

**Aviso legal:** En cumplimiento de lo dispuesto en la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)** se informa al usuario que todos los datos que nos proporcione serán incorporados a un fichero, creado y mantenido bajo la responsabilidad de la **Gerencia del Área de Salud de Cáceres, del Servicio Extremeño de Salud**. La finalidad de la recogida y tratamiento de los datos personales es la gestión servicios y tareas administrativas relacionadas. Para ejercer sus **derechos de oposición, rectificación o cancelación** deberá dirigirse a la Gerencia del Área de Salud de Cáceres, en la calle San Pedro de Alcántara número 3, 10001 de Cáceres.