

Instrucciones de cumplimentación

- Rellenar todos los campos que aparecen en la solicitud con letra legible, preferentemente en mayúsculas.
- **Aportar, mínimo, dos números de teléfono.**

Instrucciones de envío por correo electrónico

- Enviar el formulario debidamente cumplimentado junto con la documentación acreditativa que corresponda, según el caso, por correo electrónico a la dirección hospitalsevilla@sjd.es, indicando en el asunto del mensaje "Solicitud de Historia Clínica" y el nombre completo del titular.

Documentación acreditativa a aportar junto con el formulario

- Si la solicitud se realiza por parte del titular
 - Copia del DNI, NIE o pasaporte del titular de la documentación
- Si la solicitud se realiza por una persona distinta al titular:
 - Copia del DNI, NIE o pasaporte del titular de la documentación
 - Copia del DNI, NIE o pasaporte del solicitante
 - Dependiendo de la situación del titular:
 - Titular fallecido: copia del libro de familia u otro documento que acredite la vinculación del solicitante con el titular y certificado de defunción.
 - Titular menor de edad: copia del libro de familia o documento acreditativo del nombramiento de tutor legal.
 - Titular con capacidad para consentir: autorización expresa del titular en favor del solicitante.
 - Titular incapacitado: copia del documento acreditativo del nombramiento de tutor legal.

Respuesta a la solicitud

Una vez registrada la solicitud, el Hospital San Juan de Dios Sevilla se pondrá en contacto con el titular o solicitante, en caso de ser distinto al titular, por vía telemática una vez se haya preparado la documentación para su entrega, en un plazo máximo de 30 días naturales desde el registro de la solicitud. A partir del momento de dicha comunicación, el titular o solicitante contará con un **plazo máximo de 10 días naturales para recoger dicha documentación, que será destruida a partir de esa fecha.**

Protección de datos

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos de que el Hospital San Juan de Dios de Sevilla (en adelante, el CENTRO), con domicilio en Avda. Eduardo Dato, 42, CP 41005, Sevilla y CIF R4100192F, tratará sus datos con la finalidad de atender su solicitud de acceso a la historia clínica. El tratamiento de datos se realizará en base a las disposiciones legales que obligan al CENTRO a gestionar el acceso de los pacientes a su historia clínica, tal y como establece el artículo 18 de la Ley 41/2002. Sus datos no se comunicarán a terceros y no serán objeto de decisiones individuales automatizadas ni de transferencias internacionales. Los datos se conservarán durante 5 años, conforme a la ley 41/2002 de autonomía del paciente, tras lo cual se suprimirán.

Conforme a la normativa de protección de datos, le asisten los siguientes derechos:

- **Derecho de acceso:** puede usted conocer si tratamos sus datos y, además, los fines del tratamiento, las categorías de datos tratadas, los destinatarios de sus datos, el plazo de conservación y la existencia de decisiones automatizadas, en su caso.
- **Derecho de rectificación:** puede usted solicitar la modificación y/actualización de sus datos, cuando proceda.
- **Derecho de supresión:** puede usted requerir la eliminación de sus datos, siempre que se cumplan los requisitos enumerados en el artículo 17 RGPD.
- **Derecho de limitación:** puede usted solicitar la limitación del tratamiento de sus datos de conformidad con los requisitos contenidos en el artículo 18 RGPD.
- **Derecho de oposición:** puede usted oponerse a que sus datos sean tratados, siempre que el tratamiento se base en el interés legítimo del centro.

Para el ejercicio de los derechos reconocidos en la normativa vigente sobre protección de datos podrá dirigirse en los términos legalmente previstos a la dirección Avda. Eduardo Dato, 42, CP 41005, Sevilla, o contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través de la siguiente dirección de correo electrónico: C03_DPO@sjd.es.

En caso de que considere que su solicitud no se ha atendido correctamente, podrá presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: <https://www.aepd.es/es>).

NHC:

Datos de la persona titular de la documentación clínica

Nombre	Apellidos	DNI/NIE/Pasaporte en vigor
Domicilio		
Localidad/Municipio	Provincia	Código postal
Fecha de nacimiento	Teléfono	Email

Datos del solicitante (en caso de ser distinto del titular)

Nombre	Apellidos	DNI/NIE/Pasaporte en vigor
Domicilio		
Localidad/Municipio	Provincia	Código postal
Fecha de nacimiento	Teléfono	Email

Documentación solicitada (descripción y detalle de la documentación clínica solicitada, especificando fechas)

Declaración jurada del titular o solicitante

Yo, _____ con DNI/NIE/pasaporte _____ declaro que soy consciente de la confidencialidad de los datos de salud y que reúno los requisitos que establece la legislación vigente para acceder a la documentación que solicito, como manifiesto mediante la cumplimentación y firma de la presente solicitud, así como mediante la documentación aportada.

En Sevilla, a ____ de _____ de 20__

Firma del titular o solicitante	Firma y sello del Servicio de Atención al Usuario
---------------------------------	---