



Solicitud Documentación Clínica Hospital Universitario La Zarzuela

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 Zarzuela, Servicio de Documentación Clínica, Calle de Pléyades, 25, 28023 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