

FORMULARIO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

DON/DOÑA _____, con DNI/NIE
_____ y domicilio a efectos de notificaciones en
_____, teléfono _____ e email _____
mediante el presente escrito comparezco en (CENTRO
SANITARIO) _____ y

SOLICITO,

Que he recibido o estoy recibiendo un tratamiento médico en su centro sanitario.

Que de acuerdo a lo establecido en el art. 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente, vengo a ejercitar mi DERECHO DE ACCESO a la Historia Clínica completa.

Para ello, solicito que me sea entregada **COPIA DE MI HISTORIA CLÍNICA íntegra**, incluyendo las anotaciones médicas, hojas de evolución, todas las pruebas realizadas y documentos de consentimiento informado.

Que así mismo, solicito que se me indique el **nombre y número de colegiado de los facultativos** que han intervenido en mi tratamiento.

Que además, solicito que me faciliten una copia de la **póliza de seguros de responsabilidad civil profesional** que cubra este siniestro, tanto de la clínica, como de los doctores que hayan intervenido en mi tratamiento.

La mencionada documentación deberá ser facilitada en el **plazo máximo de 15 días** desde la recepción de esta solicitud. Me reservo el derecho a denunciar ante la Agencia Española de Protección de Datos en caso de no facilitarme la documentación solicitada en el plazo indicado. En caso de que la Historia Clínica haya sido manipulada me reservo el derecho de interponer denuncia en la jurisdicción penal.

La presente documentación interrumpe fehacientemente el plazo de prescripción para las acciones que me correspondan tanto contra la clínica, como contra sus profesionales, como contra los aseguradores de todos ellos, por posible negligencia médica.

En _____ a día _____

Fdo.- Dº/Dª. _____