

## **FORMULARI DE SOL·LICITUD DE DOCUMENTACIÓ CLÍNICA PACIENT DIFUNT**

### **DADES DEL TITULAR DE LA HISTÒRIA CLÍNICA**

Nom:

Cognoms:

Data naixement:

DNI:

### **PERSONA AUTORITZADA**

Nom:

Cognoms:

DNI:

Telèfon:

Correu electrònic:

L'accés a la història clínica d'un pacient exitus, es facilitarà a les persones vinculades a ell, per raons familiars o de fet, excepte que el pacient ho hagués prohibit expressament i així s'acrediti (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

La documentació lliurada, conté dades relatives a la intimitat de les persones i per tant em **COMPROMETO** a mantenir la reserva necessària sobre aquestes dades i a garantir la mateixa reserva per part d'altres persones que hi tinguin accés a través meu, preservant així la intimitat i confidencialitat de la informació lliurada i garantint el bon ús de la mateixa (Llei 15/1999 de Protecció de Datos de Caràcter Personal).

**SIGNATURA:**

**DATA SOL·LICITUD:**

**DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR**

**DNI del titular o Certificat de defunció**

**DNI de la persona autoritzada i Fotocòpia del llibre de família**