

Este formulario se utiliza para hacer una solicitud de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos de los datos personales que dispone Affidea

Nombre y Apellidos del paciente	
DNI paciente	
Nombre y apellidos Representante	
DNI representante	
Dirección, C.P y ciudad	
Teléfono Contacto y e-mail	

¿En caso de que tuviéramos alguna consulta sobre su solicitud, Como le gustaría que nos pusiésemos en contacto con usted?

<input type="radio"/> Por correo electrónico	<input type="radio"/> Por via postal	<input type="radio"/> Por teléfono
----------------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

¿Es usted el Interesado?

<input type="radio"/> Sí, soy el titular de los datos (se le pedirá para confirmar su identidad)
<input type="radio"/> No, <b>actúo en representación</b> del titular de datos, para lo cual acompaño la documentación indicada en el reverso y cumplimentada la siguiente autorización: El Paciente, D. / Dña _____ con DNI nº _____, <b>me AUTORIZA A</b> _____ (indicar el motivo de la solicitud). <b>Fecha y firma del paciente:</b> _____
<input type="radio"/> No, actúo en representación del titular de los datos menor de 16 años y/o legalmente incapacitado, para lo cual acompaño la documentación indicada en el reverso.

¿En calidad de qué ejerce estos derechos? (marque una de ellas)

<input type="radio"/> Cliente / Paciente	<input type="radio"/> Empleado	<input type="radio"/> Otro
------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------

Que SOLICITA (Señale con una x el apartado que desee):

- el derecho de **acceso** (copia de la historia clínica, datos del paciente existentes en el sistema, información sobre a quien se envían los datos)
- el derecho de **rectificación** (modificación de los datos, cambio de nombre, apellidos, sexo u otros datos del paciente)
- el derecho de **supresión** (derecho al olvido, borrado del sistema de todos o parte de los datos del paciente)
- el derecho a la **limitación del tratamiento** (traslado de datos del paciente a un soporte individual fuera del sistema para limitar su acceso)
- el derecho a la **portabilidad de los datos** (cesión o envío de datos personales o historia clínica a otra entidad o sistema que indique el paciente, ej. Clínica externa)
- el derecho de **oposición** (negativa del paciente a que se sigan tratando sus datos)
- el derecho a **no ser objeto de decisiones individuales automatizadas**, incluida la elaboración de perfiles (prohibición por parte del paciente del uso de datos de salud utilizando inteligencia artificial y/o sistema de perfiles)

Especificando seguidamente la información y fecha concreta de lo que se solicita:

---



---

¿Cuándo proporcionó la información pertinente a Affidea? (Se puede indicar fecha aproximada)	
Si desea limitar sus peticiones a ciertas fechas/categorías, por favor especifique	

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante

Los datos facilitados serán tratados por CLINICA MEDICA COMARCAL, SL con CIF B-97235030, con domicilio social en C/ Xest, 32. 46960, Aldaia (Valencia), e-mail: [es\\_info@affidea.com](mailto:es_info@affidea.com) y contacto del DPD [dpo.es@affidea.com](mailto:dpo.es@affidea.com), y con la finalidad de dar curso a la solicitud de ejercicio de derechos por parte del interesado. La base jurídica para el tratamiento de datos es el cumplimiento de la obligación legal del Responsable de atender los ejercicios de derechos. Los datos se conservarán hasta la resolución de su solicitud y, con posterioridad, durante los plazos de prescripción de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u oposición dirigiéndose por escrito a la dirección indicada anteriormente, adjuntando copia de su NIF. Además, tiene derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: [www.agpd.es](http://www.agpd.es)).

## **DOCUMENTACIÓN A APORTAR PARA LA SOLICITUD**

### **1. Acceso a la documentación clínica por el propio paciente mayor de 16 años**

El paciente deberá presentar el impreso cumplimentado acreditando su identidad mediante NIF o equivalente.

### **2. Acceso a la documentación clínica por representación**

#### **2.1. Acceso a documentación de pacientes mayores de 16 años y capacitados:**

Deberá presentar el impreso cumplimentado y la siguiente documentación:

- NIF o equivalente del solicitante
- Fotocopia del NIF o equivalente del paciente
- Autorización firmada del paciente para la solicitud y/o recogida

#### **2.2. Acceso a documentación de pacientes incapacitados:**

Deberá presentar el impreso cumplimentado y la siguiente documentación:

- Si el paciente se encuentra legalmente incapacitado deberá realizar la solicitud el representante legal del paciente aportando:
  - Fotocopia del NIF o equivalente del paciente
  - NIF o equivalente del representante legal
  - Sentencia judicial que establece la representación legal
- Si el paciente no se encuentra legalmente incapacitado la solicitud la realizarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho aportando:
  - Libro de Familia, certificado del Registro Civil o cualquier otra documentación que acredite la vinculación con el paciente por razones familiares o de hecho.
  - Declaración jurada que acredite la supuesta incapacidad del paciente.
  - Valoración del profesional que ha asistido al paciente sobre esa supuesta incapacidad.

### **3. Acceso a la documentación clínica de menores de 16 años**

Deberán formular la solicitud los representantes legales (padres titulares de la patria potestad o tutores). Deberá presentar el impreso cumplimentado y la siguiente documentación:

- NIF o equivalente del representante legal.
- Libro de Familia, certificado del Registro Civil o, en caso de separación o divorcio, sentencia judicial de aplicación al proceso de separación o divorcio, o sentencia judicial donde se establezca la representación legal.

### **4. Acceso a la documentación clínica de pacientes fallecidos**

Solo se facilitará el acceso a la Historia Clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a ellos por razones familiares o de hecho. Salvo prohibición expresa del fallecido (art. 18.4 ley 41/2002). Deberá presentar el impreso cumplimentado, aportando la siguiente documentación:

- NIF o equivalente del solicitante.
- Certificado de defunción.
- Libro de Familia, certificado del Registro Civil u otra documentación que acredite su vinculación al paciente por razones familiares o de hecho.
- Para los supuestos de acceso a la HC por un tercero motivado por un riesgo para su salud se solicitará un Informe Médico y se limitará la entrega a los datos pertinentes.