

## SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA POR EL PACIENTE

Nombre y Apellidos		N.I.F./Pasaporte
Dirección		Código Postal
Población	Teléfono	E-mail

Actuando (marcar lo que proceda):

En su propio nombre y derecho.

En representación de .....

por medio de la presente procedo a ejercer mi **DERECHO DE ACCESO** a la **HISTORIA CLÍNICA**, a cuyos efectos **SOLICITO a:**

Nombre Clínica o Razón Social	
Dirección	
Población	Código Postal
Nombre y Apellidos Dentista	

Se me dé traslado de copia completa de la Historia Clínica, con especial mención de los profesionales que me prestaron atención, indicando sus nombres, apellidos y números de colegiado, intervenciones realizadas, copia de las pruebas diagnósticas de imagen realizadas, consentimientos informados y demás documentos que contengan datos, valoraciones en informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica del paciente de conformidad con lo establecido en el artículo 3 de la 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 documentación solicitada está sustentada en el contenido de la historia clínica de conformidad con el artículo 15 de la mencionada Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Dicha documentación es necesaria a los efectos de no perjudicar los intereses del paciente, solicitando que sea facilitada en un plazo no superior a quince días naturales desde la presentación de este escrito, evitando así la reclamación de los mismos por vía judicial, así como la denuncia ante la Agencia de Protección de datos, para el caso de vulneración al derecho de acceso de la información solicitada.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA

Nota: Adjuntar copia por ambas caras del DNI del solicitante y, en su caso, del representado.