



PARTE DE **Bupa**

# Solicitud documentación clínica (Centros Médicos Milenium)

## 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.....

## Datos del solicitante (no rellenar si es el paciente)

D/Dña.....  
con D.N.I. (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 (LOPD 15/1999).

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.....

**En un plazo máximo de 30 días desde la recepción de su solicitud, nos pondremos en contacto para dar respuesta a su solicitud. (Art. 29 del RD. 1720/2007, 21 de diciembre de la LOPD)**

Todos los requisitos que se solicitan son para cumplir con la legislación actual (Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Directiva 95/46/CE del Parlamento europeo y de consejo.) y garantizar el derecho a la intimidad de los pacientes y la confidencialidad de los datos que están reflejados en la Historia Clínica.

Los datos que nos ha proporcionado se incorporarán a un fichero del que es responsable Sanitas, S.A. Hospitales, (en adelante Sanitas) con NIF A28986636 y domicilio social C/Ribera del loira, 52, 28042, Madrid. La recogida de los datos se hace con la finalidad de que Sanitas atienda su solicitud y en su caso, le procure la mejor asistencia sanitaria que precise. Nos autoriza a trasladar su solicitud a las personas o entidades que deban conocer de la misma incluidos los profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales. Puede ejercitar los correspondientes derechos de acceso, rectificación, cancelación y en su caso oposición, enviando una solicitud por escrito, acompañado de una fotocopia de su DNI o documento acreditativo equivalente a la siguiente dirección: Hospital/Centro ..... Departamento de .....