

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A DOCUMENTACIÓN HISTÓRICA DE FAMILIARES

DATOS DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU

Domicilio social: C/ Dr. Antoni Pujadas, 42 – 08830 Sant Boi de Llobregat

NIF: R5800646A

Dirección DPD: parcsanitari.dpd@sjd.es

Rellenar por el personal administrativo

NHC: _____

Reg. SIUAC: _____

Fecha: _____

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad (DNI/Pasaporte): _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección completa: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

2. DATOS DE LA PERSONA SOBRE LA QUE SE SOLICITA INFORMACIÓN

Nombre y apellidos de la persona atendida: _____

Variaciones del nombre o grafías alternativas (si las hay): _____

Fecha de nacimiento (aproximada): _____

Periodo estimado de ingreso: _____

Otros datos relevantes: _____

3. RELACIÓN CON EL PACIENTE

Línea de parentesco:

☐ Hijo/a

☐ Nieto/a

☐ Bisnieto/a

☐ Otros: _____

Documentación aportada para acreditar el vínculo familiar:

☐ Libro de familia

☐ Certificados de nacimiento

☐ Documentos históricos

☐ Otros: _____

4. FINALIDAD DE LA SOLICITUD

☐ Investigación para memoria familiar o histórica

5. DIFUSIÓN PÚBLICA DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES

De acuerdo con el art. 9 del Reglamento General de Protección de Datos y la Ley 41/2002 sobre Historia Clínica, la información de salud obtenida no podrá difundirse públicamente (incluyendo, a título enunciativo: portales web, repositorios abiertos, redes sociales, bases de datos abiertas, materiales docentes públicos, prensa o audiovisuales), ni siquiera en forma “anonimizada”, sin autorización previa y expresa del Parc Sanitari (Delegado de Protección de Datos).

Esta autorización verificará la existencia de base jurídica adecuada (p. ej., consentimiento expreso del/de la paciente u otra habilitación legal) y una evaluación del riesgo de reidentificación con anonimización robusta según los criterios de la AEPD.

Cualquier producto de difusión derivado (artículos científicos, pósteres, informes, materiales divulgativos o docentes) deberá remitirse previamente al Parc Sanitari para su validación y autorización escrita. Sin esta autorización, la publicación queda prohibida.

El incumplimiento de las obligaciones de confidencialidad y no difusión puede comportar la revocación del acceso, la exigencia de responsabilidades civiles/administrativas y la comunicación a la Autoridad de Protección de Datos competente.

6. TIPO DE INFORMACIÓN SOLICITADA

- ☐ Copia íntegra del expediente (según normativa)
- ☐ Resumen de la información disponible
- ☐ Certificación de ingreso y estancia
- ☐ Otros: _____

7. CONSENTIMIENTO Y RESPONSABILIDAD

Declaro que los datos aportados en este formulario son ciertos y que la información solicitada se destinará exclusivamente a la finalidad indicada.

Acepto que el Parc Sanitari Sant Joan de Déu trate mis datos para gestionar esta solicitud y entiendo que la documentación puede contener datos de salud sensibles.

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

8. MODALIDAD DE ENTREGA

- ☐ Envío por correo electrónico (seguro)
- ☐ Otros (especificar): _____

9. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- ☐ Copia del documento de identidad
- ☐ Documentos que acreditan la relación familiar
- ☐ Información adicional para identificar al paciente
- ☐ Otros: _____

Para cualquier consulta pueden dirigirse al correo electrónico: parcsanitari.lliuramentproves@sjd.es