

FORMULARI DE SOL·LICITUD D'ACCÉS A DOCUMENTACIÓ HISTÒRICA DE FAMILIARS

DADES DEL RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU

Domicili social: C/ D. Antoni Pujadas, 42 08830 Sant Boi de Llobregat

NIF: R5800646A

Adreça DPD: parcsanitari.dpd@sjd.es

Omplir pel personal administratiu

NHC: _____

Reg. SIUAC: _____

Data: _____

1. DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT

- Nom i cognoms: _____
- Document d'identitat (DNI/Passaport): _____
- Data de naixement: _____
- Adreça completa: _____
- Telèfon de contacte: _____
- Correu electrònic: _____

2. DADES DE LA PERSONA SOBRE QUI ES DEMANA INFORMACIÓ

- Nom i cognoms de la persona atesa: _____
- Variacions del nom o grafies alternatives (si n'hi ha): _____
- Data de naixement (aproximada): _____
- Període estimat d'ingrés: _____
- Altres dades rellevants: _____

3. RELACIÓ AMB EL PACIENT

- **Línia de parentiu:**
 - ☐ Fill/a
 - ☐ Net/a
 - ☐ Besnet/a
 - ☐ Altres: _____
- **Documentació aportada per acreditar el vincle familiar:**
 - ☐ Llibre de família
 - ☐ Certificats de naixement
 - ☐ Documents històrics
 - ☐ Altres: _____

5. FINALITAT DE LA SOL·LICITUD

- ☐ Recerca per memòria familiar o històrica

5. DIFUSIÓ PÚBLICA DELS REGISTRES ASSISTENCIALS:

D'acord amb l'art. 9 del Reglament General de Protecció de dades i la Llei 41/2002 sobre Historia Clínica, la informació de dades de salut obtinguda no podrà ésser difosa públicament (incloent-hi, a títol enunciatiu: portals web, repositoris oberts, xarxes socials, bases de dades obertes, materials docents accessibles al públic, premsa o audiovisuals), ni tan sols en forma "anonimitzada", sense autorització prèvia i expressa del Parc Sanitari (Delegat de Protecció de dades), que verificarà l'existència de base jurídica adequada (p. ex., consentiment exprés del/de la pacient o altra habilitació legal) i una avaluació de risc de reidentificació amb anonimització robusta segons els criteris de l'AEPD.

Qualsevol producte de difusió derivat (articles científics, pòsters, informes, materials divulgatius o docents), haurà d'ésser prèviament remès al Parc Sanitari perquè en faci la validació i emeti autorització escrita. Sense aquesta autorització, la publicació queda prohibida.

L'incompliment de les obligacions de confidencialitat i no difusió pot comportar la revocació de l'accés, l'exigència de responsabilitats civils/administratives i la comunicació a l'Autoritat de protecció de dades competent.

6. TIPUS D'INFORMACIÓ SOL·LICITADA

- ☐ Còpia íntegra de l'expedient (segons normativa)
- ☐ Resum de la informació disponible
- ☐ Certificació d'ingrés i estada
- ☐ Altres: _____

7. CONSENTIMENT I RESPONSABILITAT

Declaro que les dades aportades en aquest formulari són certes i que la informació sol·licitada es destinarà exclusivament a la finalitat indicada.

Accepto que el Parc Sanitari Sant Joan de Déu tracti les meves dades per gestionar aquesta sol·licitud i entenc que la documentació pot contenir dades de salut sensibles.

Signatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

8. MODALITAT DE LLIURAMENT

- ☐ Enviament per correu electrònic (segur)
- ☐ Altres (especifiquen): _____

9. DOCUMENTACIÓ ADJUNTA

- ☐ Còpia del document d'identitat
- ☐ Documents que acrediten la relació familiar
- ☐ Informació addicional per identificar el pacient
- ☐ Altres: _____