

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

Omplir pel personal administratiu

NHC: _____

Reg. SIUAC: _____

Data: _____

1.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

2. DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT

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

3. 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: _____

4. 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
- ☐ Projecte de recerca (veure 5B)
- ☐ Altres: _____

5B. REQUISITS ADDICIONALS SI ES TRACTA D'UN PROJECTE DE RECERCA

(Aquest apartat només s'ha d'omplir en cas de sol·licitud vinculada a un projecte d'investigació.)

5B.1. Dades del projecte

- Títol del projecte: _____
- Entitat promotora / centre investigador: _____
- Equip investigador responsable: _____

5B.2. Avaluació ètica

- El projecte compta amb l'avaluació i autorització d'un CEIM (Comitè d'Ètica d'Investigació amb Medicaments)?
 - ☐ Sí — S'adjunta resolució del CEIM
 - ☐ No — *No es podrà tramitar la sol·licitud fins que no es disposi d'una autorització vàlida*

Nom del CEIM emissor: _____

Data de resolució: ____ / ____ / ____

5B.3. Tractament i difusió de dades

El/la sol·licitant declara que:

- Les dades obtingudes s'utilitzaran **exclusivament** per al projecte descrit.
- **Qualsevol difusió pública**, incloent articles, comunicacions, informes, presentacions o dades anonimitzades, complirà la normativa vigent i les instruccions del Parc Sanitari.
- En cap cas es difondran dades que permetin identificar persones, excepte si existeix una base jurídica expressa que ho permeti.

☐ Accepto i declaro que compleixo aquests requisits.

6. DIFUSIÓ PÚBLICA DELS REGISTRES ASSISTENCIALS:

D'acord amb l'art. 9 del Reglament General de Protecció de dades i la Llei 41/2002 sobre Història 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.

7. TIPUS D'INFORMACIÓ SOL·LICITADA

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

8. 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: ____ / ____ / ____

9. MODALITAT DE LLIURAMENT

- ☐ Enviament per correu electrònic (segur)
- ☐ Recollida presencial al Parc Sanitari
- ☐ Altres (especifiqueu): _____

10. DOCUMENTACIÓ ADJUNTA

- ☐ Còpia del document d'identitat
- ☐ Documents que acrediten la relació familiar
- ☐ Informació addicional per identificar el pacient
- ☐ Resolució del CEIM (si és recerca)
- ☐ Protocol resumit del projecte (si és recerca)
- ☐ Altres: _____

Per a qualsevol consulta us podeu adreçar al correu electrònic parcsanitari.lliuramentproves@sjd.es