

Burgos, a de de 202

Yo, don/doña, con DNI número, mayor de edad, con domicilio a efectos de notificaciones en Burgos,, CP,

MANIFIESTO:

Que conforme al art. 18 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, vengo a solicitarles expresamente el acceso a mi Historia Clínica y la de mi hij@ con petición expresa de los siguientes puntos:

1) Me faciliten una copia de la totalidad de mi Historia Clínica y la de mi hij@del cual osteto la patria potestad por tanto la representación legal por el convenio judicial que adjunto , completa, foliada y con índice sobre la misma, por la atención médica prestada desde la primera asistencia y sobre todas las asistencias médicas realizadas; según el art. 15.2 de la mencionada Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la Historia Clínica deberá contener como mínimo: la documentación relativa a la hoja clínico-estadística, la autorización de ingreso, el informe de urgencia, la anamnesis y la exploración física, la evolución, las órdenes médicas, las hojas de interconsulta, los informes de exploraciones complementarias, el consentimiento informado, el informe de anestesia, el informe de quirófano, el informe de anatomía patológica, la evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería, gráfico de constantes, modelos protésicos e informe clínico de alta.

2) Me faciliten una copia de cuantas pruebas médicas objetivas y complementarias me hayan realizado (pruebas radiológicas, analíticas, electrocardiogramas, gasometrías, tomografías axial computerizadas, ecocardiogramas transesofágicos, aortografías, resonancias magnéticas, ecografías, ecodoppler, etc... y demás documentos clínicos que guarden relación y contengan datos sanitarios propios), requiriendo la totalidad de las pruebas realizadas.

3) Me faciliten una copia de la póliza de seguros que mantenga cobertura de su responsabilidad civil profesional.

4) Igualmente deberá identificarse la figura de los médicos responsables en todos y cada uno de los centros donde he sido atendida, con nombre y apellidos y número de colegiado. En virtud de lo expuesto, solicito me sea facilitada a la mayor brevedad posible y en cualquier caso, en un plazo no superior a un mes, reservándome el derecho de acudir a la AEPD en caso de que se vulnerase mi derecho de acceso a la información solicitada, así como ante los Organismos competentes en virtud de lo establecido en la ley D.A. 6ª de la ley 41/2002, y por supuesto ante la jurisdicción civil y/o penal.

La documentación solicitada debe ser facilitada en formato electrónico o papel

Atentamente,

Don/Doña DNI