Procedimiento de gestión de solicitudes de Documentación Clínica

1. OBJETIVO

Establecer protocolo, conciso y estructurado para la atención de las solicitudes de documentación clínica por parte de los pacientes del hospital.

2. DESARROLLO

Se desarrolla un protocolo que contempla tanto la legislación vigente, como los derechos y deberes de los pacientes y/o sus representantes con relación a la información disponible en los distintos sistemas de información del hospital; así como las obligaciones del hospital y su personal en cuanto al tratamiento y puesta a disposición de los solicitantes de la información disponible.

3. LEGISLACIÓN APLICABLE

- Ley General de Sanidad.
- Ley de protección de datos de carácter personal
- 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.
- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- REAL DECRETO 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- REAL DECRETO 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
- Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. Junta de Andalucía.

4. RESPONSABLES DEL PROCEDIMIENTO

- Dirección Gerencia
- Responsable de Admisión y Documentación Clínica
- Responsable de Experiencia del Paciente

CIF. R7900053E T. 91 564 99 43

5. ACCESO A HISTORIA CLINICA

Nuestros protocolos cumplen la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Ley Orgánica de Protección de Datos.

Ambas consideran los datos sanitarios como de muy alta sensibilidad y, por tanto, de un nivel de protección máximo. Esto impide dar estos datos si no se cumplen los siguientes requisitos de acreditación:

CASO	PERSONAS HABILITADAS	DOCUMENTACION ACREDITATIVA
Paciente	• El propio Paciente.	• Mostrar el DNI u otro documento que acredite su identidad.
Paciente Fallecido	• Personas vinculadas al paciente, por razones familiares (cónyuge, ascendientes, descendientes y hermanos) o, de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. • Personas designadas por el fallecido para el ejercicio de las acciones previstas en la Ley Orgánica 1/1982 o tuviera la condición de heredero del fallecido.	• Fotocopia de la parte delantera del DNI del solicitante. Libro de familia. • Documento acreditativo de representante legal en su caso. • Certificado de defunción. (En caso de que el paciente no haya fallecido en el Centro). • Condición de Heredero. • Apoderamiento.
Paciente mayor de 14 años y menor de 18 años.	• El propio paciente.	• Mostrar el DNI u otro documento que acredite su identidad.
Paciente incapacitado	• Representante legal.	• Documento acreditativo de representante legal.
Autorizado	• Persona autorizada a solicitar y recoger en nombre del paciente una historia clínica.	• Fotocopia de la parte delantera del DNI del paciente y de la persona autorizada. • Autorización firmada por el paciente.
Apoderado	• Apoderado	• Mostrar DNI del apoderado. • Poder notarial que permita actuar y practicar actos en nombre del paciente
Menor/ Padres divorciados	• Progenitor que ostente la patria potestad. Representante legal.	• Mostrar el DNI del paciente/menor. Comprobar nombres de los progenitores en parte trasera. • Fotocopia parte delantera del DNI del representante legal. • Sentencia que otorgue la patria potestad. • Declaración jurada de que no existen medidas cautelares de protección al menor.

Ilustración 1.- Ruta de acceso por casos a Documentación Clínica

6. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE LA DOCUMENTACIÓN

Deberá cumplimentarse el formulario de solicitud del Hospital (Anexo 1) teniendo varias opciones de entrega:

1- Departamento de Archivo (planta -1): lunes a jueves de 08:00 a 21:30 viernes de 8:00 a 15:00.

2- Entregando el Formulario de Solicitud en cualquier punto de Admisión.

3- También deben conocer que **NO ES NECESARIO ACUDIR HASTA ESTE CENTRO PARA OBTENER SUS DATOS**, ya que pueden hacerlo de la siguiente manera:

Enviándonos un mail a Hospital en la dirección de correo electrónico: hsrmadrid.archivo@sjd.es deberá venir acompañado de un escaneo o copia de su DNI, carné de conducir o pasaporte y especificando si lo recogerá personalmente (cumpliendo la obligación de identificarse cuando venga) o si prefiere que se lo enviemos por correo al domicilio que figura en nuestra base de datos. Recuerde que,

si tiene pensado recogerlo otra persona, tiene que estar autorizado e identificado correctamente.

7. PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN

El tiempo de entrega de la documentación será de máximo de un mes según marca 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.*

8. HISTÓRICO DE EDICIONES.

Fecha	N.º de Edición	Resumen de cambios
12/12/2024	01	Edición inicial
24/03/2025	02	Revisión

9. ANEXO

CIF. R7900053E T. 91 564 99 43

Hospital Universitario San Rafael
San Juan de Dios
Madrid

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE / USUARIO

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE ASISTENCIA CUYA DOCUMENTACIÓN SE SOLICITA _____ E-MAIL _____

DIRECCIÓN _____ MUNICIPIO _____ CÓDIGO POSTAL _____

SOLICITANTE:

APELLIDOS _____ NOMBRE _____ DNI _____ TELÉFONO _____

Situación actual del titular: Incapacitado ☐ Menor ☐ Fallecido ☐

DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE:

Declaro bajo mi responsabilidad, que reúno todos los requisitos que establece la legislación vigente para acceder a la documentación que solicito, como manifiesto en la presente solicitud en la documentación aportada.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD:

SOLICITA:

TIPO DE ASISTENCIA QUE GENERÓ LA H.C.:

Hospitalización médica ☐ Hospitalización quirúrgica ☐ Ambulatoria ☐ Urgencias ☐ Otros (especificar) _____

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN Y ARCHIVOS

Nº DE HC EN TICARES: ☐

Nª ORDEN HC DE HOSPITALIZACIÖN: ☐

.....

Solicitante: **En (XXX)a** _____ / _____ /20 _____

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales, le informaos de que sus datos serán incorporados a un fichero de titularidad del (XXX) con la finalidad de controlar y gestionar la recogida de documentación clínica del paciente. En este sentido, le reiteramos nuestro compromiso de uso responsable y confidencial de los datos de carácterpersonal. No obstante, cuando usted lo desee podrá ejercer sus derechos enviando una carta al (XXX), con la referencia 'Protección de datos' a la siguiente dirección: (XXX),

Hospital Universitario San Rafael
San Juan de Dios
Madrid

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA SOLICITAR Y RECOGER HISTORIAS CLÍNICAS.

Yo, ……. con DNI nº……. Teléfono……. NHC……. Autorizo a ……. con DNI nº……..Teléfono:……

Solicitar/Recoger copia de los documentos incluidos en mi solicitud de documentación clínica.

Observaciones: (Conveniente precisar las fechas):

Firma del paciente solicitante: Fecha …./…../…..

Datos de la recepción

Firma del usuario que recibe: Fecha …./…../…..

A RELLENAR POR EL SERVICIO DE ADMISIÓN/DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Firma: Fecha …./…../…..

Los datos personales que faculta pretenden gestionar y atender las solicitudes referentes a la documentación clínica o la de la persona autorizada, conforme a lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos. El responsable del tratamiento de los datos personales que usted proporcione será el Hospital Universitario San Rafael. Sus datos solo se comunicarán si esa comunicación es necesaria u obligatoria, según la legislación vigente, sus datos personales no serán objeto de decisiones automatizadas o transferencias internacionales. Una vez que dejen de ser necesarios, serán conservados de acuerdo con los plazos legalmente previstos, tras lo cual se suprimirán, podrá ejercer sus derechos como afectado, en los términos previstos por la normativa, en este sentido, podrá dirigirse a la dirección C/ Serrano, 199 – Avda. Concha Espina, 32. 28016 Madrid o contactar con nuestro delegado de protección de datos, a través del e-mail: rpd.sjd16@sjd.es Igualmente podrá presentar una reclamación ante la autoridad de control (Agencia española de protección de datos).

La entrega de la documentación solicitada está sometida a un procedimiento administrativo y por tanto a unos plazos determinados, por lo que no podrá entregarse el mismo día, en cuya fecha le llamaremos para que acuda a recogerlo por Admisión. Deberá adjuntarse fotocopia de la parte delantera del DNI del solicitante. Deberá adjuntar fotocopia del DNI del solicitante y del paciente.

CIF. R7900053E T. 91 564 99 43

Hospital Universitario San Rafael San Juan de Dios Madrid	Procedimiento de gestión de solicitudes de Documentación Clínica	Hospital Universitario San Rafael C/ Serrano 199. 28016 Madrid. www.hospitalsanrafael.es
Emitido por: Laura Soledad Morales Blanco Responsable de Experiencia del Paciente	Revisado por: César Téllez Boente Director Gerente	Aprobado por: Comité de Dirección
Fecha Emisión: 12/12/2024 Última Revisión: 24/03/2025	Edición: 02	Número de páginas: 5

CIF. R7900053E T. 91 564 99 43