

Sr./Sra. _____, amb D.N.I. _____
i domicili a _____,
en la seva condició de _____ (omplir si el sol·licitant és diferent del pacient),
i número de contacte _____

SOL·LICIT

Que em sigui expedida una còpia de la següent documentació clínica:

Que es disposi al centre sanitari de Sr./Sra. _____, amb D.N.I. _____,
que va ser atès a aquest centre l'any _____ sota l'assistència del Dr. _____,
i amb història clínica número _____.

Així mateix, declar que la representació que invoc se troba plenament vigent a l'actualitat (només al supòsit en què el sol·licitant actui com a representant del pacient, legal o voluntari).

A Palma, el _____ de _____ de 20____

Firma del sol·licitant:

Institut Oftàlmic de Mallorca, amb domicili social al carrer d'Anselm Turmeda, 10 · 07010 Palma, li informa de que les seves dades personals seran incorporades a un fitxer degudament declarat, amb la finalitat de gestionar els serveis sanitaris i d'administració de l'hospital o centre. Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant el Servei d'Atenció al Pacient del Centre al carrer d'Anselm Turmeda, 10 · 07010 Palma amb la referència "Derechos ARCO", aportant fotocòpia del seu DNI o document equivalent, i concretant el dret que vol exercir.

Entrega de la documentació

Aprovació d'entrega:

Data:

Rebut i conforme:

Nom del pacient o persona autoritzada:

Signatura:

Data:

Autorització de recollida (només si el sol·licitant no recull per ell mateix la documentació)

Sr./Sra. _____, amb D.N.I. _____,
i domicili a _____

1) Autoritz a Sr./Sra. _____ amb D.N.I. _____,
a que comparegui amb el meu nom i en representació davant _____
(indicar el centre) per recollir la còpia de la informació continguda en la història clínica sol·licitada en data _____

2) Autoritz a Institut Oftàlmic de Mallorca, responsable del fitxer, a que enviï la història clínica a Sr./Sra. _____
per: correu electrònic (no disponible en tots els centres
i/o serveis), missatger a ports deguts (subratllar el que no procedeixi) a (indicar el que procedeixi: direcció completa o correu electrònic) _____.

A Palma, a _____ de _____ de 20____

Firma del sol·licitant:

Carrer d'Anselm Turmeda, 10
07010 Palma de Mallorca
T 971 201 512

Carrer Santiago Rusiñol, 9
07012 Palma de Mallorca
T 971 726 913

Av. Bisbe Llopart, 82
(Plaça Toni Fluixa)
07300 Inca
T 971 883 256