

D./Dña. _____, con D.N.I. _____
y domicilio en _____
en su condición de _____ (rellenar si el solicitante es distinto del paciente),
y teléfonos de contacto _____

SOLICITO

Que me sea expedida una copia de la siguiente documentación clínica :

que se disponga en ese centro sanitario de D./Dña. _____,
con D.N.I. _____, que fue atendido en ese centro el año _____ bajo la asistencia del
Dr. _____, y con historia clínica número _____

Asimismo, declaro que la representación que invoco se encuentra plenamente vigente en la actualidad (sólo para el supuesto en que el solicitante actúe como representante del paciente, legal o voluntario).

En Palma, el ____ de _____ de 20__

Firma del solicitante:

Institut Oftàlmic de Mallorca, con domicilio social en Carrer d'Anselm Turmeda, 10 · 07010 Palma, le informa de que sus datos personales serán incorporados a un fichero debidamente declarado, con la finalidad de gestionar los servicios sanitarios y de administración del hospital o centro. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Servicio de Atención al Paciente del Centro a la dirección Carrer d'Anselm Turmeda, 10 · 07010 Palma con la referencia "Derechos ARCO", aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.

Entrega de la Documentación

Aprobación entrega:

Fecha:

Recibido y conforme:

Nombre paciente o persona autorizada:

Firma:

Fecha:

Autorización de recogida (sólo si el solicitante no recoge por sí mismo la documentación)

D./Dña. _____, con D.N.I. _____,
y domicilio en _____

1) AUTORIZO a D./Dña. _____ con D.N.I. _____
a que comparezca en mi nombre y representación ante _____
[indicar centro] para recoger la copia de la información contenida en la historia clínica solicitada en fecha _____

2) AUTORIZO a Institut Oftàlmic de Mallorca, responsable del fichero, a que envíe la historia clínica a D./Dña. _____
por: correo electrónico (no disponible en todos los centros
y/o servicios), mensajero a portes debidos (tachar el que no proceda) a (indicar lo que proceda: dirección completa o correo electrónico) _____

En Palma, el ____ de _____ de 20__

Firma del solicitante:

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