

REQUISITOS DE ACREDITACIÓN NECESSARIOS PARA EL SOLICITANTE DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Lugar de recogida: Área de Admisiones (Planta 0), de lunes a viernes de 9.00 a 18.00 h.

Contacto: 93 567 75 64, solinfclinica@fhes.cat

Confirmación telefónica: Documentación Clínica en 30 días, de 9.00 a 18.00 h.

Copias de exploraciones complementarias: 14 días

El paciente adquiere el compromiso de la futura devolución de las pruebas.

Documentación necesaria

- 1. Paciente:** Original DNI o pasaporte
- 2. Persona autorizada por el paciente:**
 - Carta de autorización firmada por el paciente que incluya el nombre completo de la persona autorizada y su relación familiar
 - Original DNI o pasaporte del paciente
 - Original DNI o pasaporte de la persona autorizada
- 3. Paciente fallecido (exitus)**
 - Libro de familia en relaciones familiares de primer grado (adjuntar fotocopia)
 - En el supuesto de no existir vínculo familiar con el paciente, testamento legitimado que lo acredite como heredero
 - Original DNI o pasaporte (persona que recoge la documentación)
- 4. Tutor legal del paciente:** Acreditación judicial
- 5. Pare / mare, en caso de menores de edad (<16 años):**
 - Original DNI o pasaporte del solicitante
 - Libro de familia (adjuntar fotocopia)
- 6. Representante del paciente:**
 - Carta de autorización firmada por el paciente, que incluya el nombre completo de la persona que asume su representación
 - Copia del Documento de Voluntades Anticipadas, donde el paciente haya acreditado su representación
 - Original DNI o pasaporte del representante

En el caso de representación del paciente, el Hospital se reserva el derecho de comprobar y pedir demostración de la documentación.

Autorización para la recogida de la documentación solicitada

El Sr./Sra. _____

con D.N.I. _____ autoriza a _____

con D.N.I. _____ a recoger la documentación solicitada

Fecha

Firma

Servei o Unitat responsable: Informació Clínica

data creació: 04/14

data revisió: 07/18

àmbit distribució: DOCUMENTACIÓ CLÍNICA