



A rellenar por el SAC

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos	DNI / NIE / Pasaporte
Correo Electrónico	Teléfono
Dirección (Calle, Municipio y Código Postal)	
Relación con el titular de la documentación clínica: Titular <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Descendiente <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra: _____	

2. DATOS DEL TITULAR DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (sólo si no es el mismo solicitante)

Nombre y Apellidos	DNI / NIE / Pasaporte
El titular no puede solicitar la documentación por la siguiente circunstancia: Fallecido <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/>	

3. DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

Centro: Área Hospitalaria ‘Juan Ramón Jiménez’ Otro Centro: _____

Documentación solicitada:

Informe de Hospitalización (especificar fecha de alta) ___/___/___

Informe de Urgencias (especificar fecha del episodio) ___/___/___

Informe de Consulta (especificar Servicio) _____

Informe de Prueba Complementaria (especificar fecha de realización):

RMN ___/___/___ TAC ___/___/___

Ecografía ___/___/___ Analítica ___/___/___

Anatomía Patológica ___/___/___ Endoscopia ___/___/___

Ecocardiografía ___/___/___ Estudio de Medicina Nuclear (Gammagrafías) ___/___/___

Estudio Electrofisiológico (Electromiograma, Electroencefalograma, Potenciales Evocados) ___/___/___

Otras (especificar) _____

Imágenes Radiológicas (especificar) _____

Otro tipo de Documentación (especificar) _____

4. DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE

<p><i>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 y en la documentación aportada.</i></p>	<p>Fecha y firma del solicitante</p>
--	--------------------------------------

- La información le será remitida a través de correo certificado.
- Le recordamos que el plazo legal de respuesta es de 30 días.

Esta solicitud debe ser presentada preferentemente a través de correo electrónico:

documentacion.hjrj.sspa@juntadeandalucia.es

No olvide adjuntar la documentación acreditativa correspondiente (ver instrucciones)

SOLICITUD DE DOCUMENTACION CLÍNICA

¿Sabe usted que puede consultar y descargar por sí mismo su documentación clínica?

SIN ESPERAS Con **ClicSalud+** puede **consultar información sobre su propia salud**: citas pasadas y futuras, los episodios más importantes de su historia clínica y aspectos como su medicación, alergias o contraindicaciones. Los contenidos a su disposición incluyen:

- **Informes de los especialistas**
- **Resultados de analíticas**
- **Imágenes radiológicas e informes de las mismas.**

Más información: <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/clicsalud>

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO

- Por favor, escribir los datos con letra legible, preferentemente en mayúsculas.

Documentación solicitada

- Especificar de la forma más concreta posible la documentación solicitada.
- En caso de solicitar documentación de otro Centro Sanitario, la solicitud será remitida a dicho Centro para su tramitación. Cualquier tipo de respuesta dependerá exclusivamente del Centro en cuestión.
- Sólo se entregarán copias de la documentación objetiva.

Documentación acreditativa a aportar por el solicitante

Según la resolución del SAS de 4 de junio de 2001 (23/2001), modificada por la resolución de 17 de febrero de 2003 (111/2003) al presentar la solicitud deberán aportarse siempre los siguientes documentos:

1. **Copia del DNI o pasaporte del titular de los datos**
2. **Copia del DNI o pasaporte del solicitante si es distinto del titular de los datos.**

En este caso también será necesario aportar:

- **Titular con capacidad para consentir (mayor de 16 años):** Copia de la autorización expresa del titular o, en su caso, certificado médico donde se acredite la imposibilidad del mismo para hacerla.
- **Titular incapacitado:** Copia del documento acreditativo del nombramiento de tutor.
- **Titular fallecido:** - Copia del certificado de defunción del titular.
- Copia de la documentación acreditativa de existencia del vínculo (Libro de Familia)
- **Titular menor de 16 años:** Copia del Libro de Familia o del documento acreditativo del nombramiento de tutor.

De suscitarse dudas sobre el legítimo interés del solicitante, se le requerirá la documentación que se estime pertinente para tal fin; si persistiera la duda, la solicitud se denegará de forma motivada.

Presentación de la Solicitud

Las solicitudes y la documentación acreditativa deben ser presentadas preferentemente a través de correo electrónico:

documentacion.hjrz.sspa@juntadeandalucia.es

Pueden presentarse también en la oficina del Servicio de Atención a la Ciudadanía del Hospital.