

FECHA: 9 de febrero de 2007

ASUNTO: Circular número 2/2007
Instrucciones sobre Acceso a la Historia Clínica

AMBITO: Direcciones Generales y Secretaría General
Gerencias de Atención Primaria, Atención Especializada, de Urgencias, Emergencias y Tte. Sanitario.
Oficinas Provinciales de Prestaciones.

ORIGEN: Secretaría General.

El reconocimiento del derecho a la protección de la salud constituye una de las principales novedades que introdujo nuestra Carta Magna (art. 43) siendo objeto de posterior desarrollo legislativo en virtud de la Ley 14/86, General de Sanidad lo que posibilitó la configuración de aquél como derecho público subjetivo. Junto a este derecho básico, la Ley General de Sanidad reconoció una serie de facultades a favor de los ciudadanos y en relación con el derecho a la salud, enumeradas todas ellas en el art. 10, y que se han ido completando con las posteriores modificaciones establecidas en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Estos productos legislativos, al igual que el resto de producciones normativas sectoriales autonómicas surgidas al amparo del proceso transferencial de competencias contemplado en el artículo 149.1.16 de la CE, no son sino el reflejo de los profundos cambios operados en el entorno sanitario caracterizado por el abandono del modelo paternalista de relación clínica, y la adopción de un nuevo paradigma de relación médico-paciente dominado por el principio de autonomía en sus diversas manifestaciones, sea en el ámbito de la

información clínica como en el plano de la documentación sanitaria. Ambos bloques temáticos presentan un denominador común: el respeto al derecho a la intimidad de los pacientes, y el consiguiente carácter confidencial que adquiere el dato sanitario recogido en la historia clínica, protegida por el deber de secreto que pesa sobre todos aquellos que estén autorizados para acceder a su contenido.

La traducción práctica que comporta el ejercicio de la autonomía por el paciente, eje central de la relación, y que presupone en todo caso el reconocimiento a favor de éste de un derecho de información, no ya solo orientada a la toma de decisiones en el marco de un proceso asistencial, sino también como información terapéutica a fin de obtener un adecuado conocimiento de su proceso a lo largo de todo el tratamiento, la encontraríamos en la capacidad de autodeterminación decisoria (consentimiento informado y voluntades anticipadas) y en la capacidad de autodeterminación informativa (derecho de acceso a la documentación clínica).

Partiendo de la regulación establecida en la Ley 14/1986, General de Sanidad, la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley 8/2000, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, y Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos Personales, puede extraerse cuáles son los usos de la historia clínica y quiénes tienen derecho a acceder a los datos sanitarios contenidos en la misma. No obstante, y dado que se trata de cuestiones que afectan a una multiplicidad de personas y con diversas finalidades, como lo demuestra el hecho de que tales datos puedan ser recabados no solo por el paciente, sino también por compañías de seguros, Inspección de Servicios Sanitarios u otros órganos de las Administraciones Públicas, garantizar el

derecho de acceso a la documentación clínica y el carácter confidencial de la misma no resulta una cuestión pacífica, pues con frecuencia colisionan los intereses que representan las personas ó instituciones a las que nos hemos referido con anterioridad.

A la dificultad para la resolución de los conflictos de intereses que puedan suscitarse habría que añadir una nueva amenaza para la intimidad del ciudadano en general, y del paciente en particular, derivada de los avances tecnológicos que se han venido sucediendo en los últimos tiempos para la elaboración, archivo y conservación de la documentación, y que ha derivado en el nacimiento de un nuevo derecho fundamental: el derecho a la protección de los datos personales y de forma especial, los datos de salud. La acuñación de este nuevo derecho por la jurisprudencia constitucional (STC 292/00) ha contribuido a reforzar el giro autonomista que ha experimentado en los últimos tiempos la relación médico-paciente, atribuyendo a éste último un poder de gestión, control y disposición sobre los datos de salud.

Con el fin de facilitar a los Servicios de Documentación Clínica y Archivo, Servicios de Atención al Paciente, y profesionales sanitarios en general una herramienta útil que les ayude en este proceso de adaptación y posibilite la puesta en práctica de los aspectos recogidos en el artículo 18 de la Ley 41/2002, garantizando tanto los derechos de los pacientes como los derechos que asisten a terceras personas, se dictan las presentes Instrucciones sobre acceso y conservación de la documentación clínica”, describiendo aspectos fundamentales relacionados con el circuito administrativo a seguir.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, prevé un sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre las Administraciones sanitarias. Asimismo, *con el fin de que los ciudadanos reciban la mejor asistencia sanitaria posible en cualquier centro o servicio del Sistema Nacional de Salud, se coordinarán los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual, (...) para permitir tanto al interesado como a los profesionales que participan en al asistencia sanitaria el acceso a la historia clínica en los términos estrictamente necesarios para garantizarla calidad de dicha asistencia y la confidencialidad e integridad de la información (...).*

Este sistema de intercambio de información se realizará de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y en la Ley 41/2002, de 14 de diciembre, y le serán de aplicación las medidas de seguridad establecidas en el Real Decreto 994/1999 Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

Desde un punto de vista técnico la historia clínica informatizada aparece como el conjunto global y estructurado de información en relación con la asistencia médico-sanitaria individual, cuyo soporte permite que sea almacenada, procesada y transmitida mediante sistemas de información.

Una de las principales ventajas de la historia clínica electrónica tiene que ver con la accesibilidad de la información contenida en la misma. Su disponibilidad es también mucho mayor, ya que diferentes usuarios de una red pueden consultar la misma información desde distintos puntos y en forma simultánea.

La Historia Clínica informatizada permite la acumulación progresiva de conocimiento en relación con un paciente y se transforma en el único medio de comunicación entre cada uno de los integrantes del equipo virtual de técnicos y especialistas que colaboran en la atención del paciente. En consecuencia:

- El sistema deberá prever medidas para controlar la reserva y seguridad de los datos personales que se almacenan en la historia clínica informatizada, seguridad en la información disponible en los campos memos.
- La consignación del motivo de consulta, se ingresará en forma codificada, pudiendo examinar los distintos motivos de consulta que el paciente ha tenido durante sus atenciones por los distintos servicios a lo largo del tiempo. Queda registrado quién registra cada motivo, fecha hora y servicio y/o sector que lo registra.

SUMARIO

1. **Objeto**
2. **Ámbito de aplicación**
3. **Principios básicos**
4. **Usos y accesos a la documentación clínica**
 - 4.1. **Criterios generales**
 - 4.2. **Usos de la historia clínica por personal del SESCOAM.**
 - 4.2.1. **Usos de la historia clínica por profesionales asistenciales del centro.**
 - 4.2.2. **Usos de la historia clínica por el personal de inspección.**
 - 4.2.3. **Usos de la historia clínica por personal de administración y gestión de los centros.**

- 4.2.4. Usos de la historia clínica por personal de administración y gestión del los servicios administrativos del SESCAM.
- 4.3. Acceso a la documentación clínica por el paciente y terceras personas.
 - 4.3.1. El propio paciente
 - 4.3.2. Persona autorizada por el paciente.
 - 4.3.3. Paciente menor de 14 años
 - 4.3.4. Paciente legalmente incapacitado.
 - 4.3.5. Paciente incapacitado de hecho.
 - 4.3.6. El paciente fallecido
 - 4.3.7. Acceso por motivos epidemiológicos, de salud pública, investigación o de docencia.
 - 4.3.8. Acceso por el ministerio fiscal, los jueces o tribunales, el defensor del pueblo o el tribunal de cuentas.
 - 4.3.9. Acceso por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
 - 4.3.10. Acceso por una compañía aseguradora
 - 4.3.11. Acceso por centros sanitarios privados concertados con el Sescam.
 - 4.3.12. Acceso por centros sanitarios pertenecientes al SESCAM o a otros Servicios Autonómicos de Salud
 - 4.3.13. Acceso por una entidad gestora o colaboradora de la seguridad social para el reconocimiento de prestaciones económicas
- 5. Tramitación de solicitudes
 - 5.1. Centros sanitarios de Atención Especializada
 - 5.1.1. Presentación y Tramitación de solicitudes
 - 5.1.2. Resolución
 - 5.1.3. Plazo y condiciones de entrega de la documentación
 - 5.2. Centros Sanitarios de Atención Primaria
 - 5.2.1. Presentación y Tramitación de solicitudes

5.2.2. Resolución

5.2.3. Plazo y condiciones de entrega de la documentación

6. Conservación, custodia, expurgo y destrucción de la documentación clínica

1. OBJETO

La presente Circular tiene por objeto definir los circuitos administrativos a seguir en relación al uso, acceso y conservación de la documentación clínica, con una doble finalidad: de una parte, se trata de garantizar la homogeneidad de las actuaciones llevadas a cabo en esta materia por los diferentes centros sanitarios; de otra, el presente documento pretende orientar a los profesionales, con criterios legalmente fundamentados, en todo lo referente al acceso y conservación de la documentación sanitaria; y ello con independencia del soporte, papel ó informático, en el que la misma se halle registrada.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente circular es de aplicación en todo el ámbito del SESCAM. En concreto comprenderá los Servicios Centrales, las Oficinas Provinciales de Prestaciones, las Gerencias de Atención Primaria, de Atención Especializada, de Área y de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario .

3. PRINCIPIOS BÁSICOS

El derecho de acceso a la documentación clínica se regirá por los principios básicos que a continuación se relacionan:

- 3.1 El paciente, ó la persona autorizada por él, tiene derecho de acceso a la documentación de su historia clínica.
- 3.2 El derecho de acceso del paciente a la documentación de su historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella, recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración.
- 3.3 Sin perjuicio del derecho del paciente, la Ley 41/2002 y la Ley Orgánica 15/1999 prevén otros supuestos de acceso autorizado a la documentación clínica.
- 3.4 Los datos existentes en las historias clínicas son confidenciales y toda persona que tenga acceso a la información y a la documentación clínica queda sujeta al deber de secreto.
- 3.5 Como regla general, se denegará el acceso a la historia clínica por personas distintas del paciente, cuando no estén autorizadas por éste ni ostenten la condición de representante legal del mismo.

4. USOS Y ACCESOS A LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

4.1. Criterios Generales.

En la presente Circular se contemplan los diferentes supuestos de acceso a la información contenida en la historia clínica. A los solos efectos de lograr una mayor claridad expositiva se distingue en el presente documento entre *“usos de la historia clínica por personal del SESCOAM en el ejercicio de sus funciones”* y *“accesos a la misma por el propio paciente y por terceros ajenos a la Administración sanitaria”*.

Con carácter general, el uso y acceso a la documentación clínica se ajustará a los siguientes criterios:

1. Los centros sanitarios admitirán o denegarán el acceso a la documentación clínica de conformidad con lo establecido en la presente Circular para cada uno de los supuestos contemplados.
2. En aquellos centros sanitarios en que se halle implantada la historia clínica electrónica ésta será de uso obligatorio para los profesionales asistenciales acreditándose la identidad de los pacientes a través del Código de Identificación Personal que figura en la Tarjeta Sanitaria Individual. A estos efectos, a cada usuario se le asignará una clave personal e intransferible de acceso a los datos y recursos que precise para el desarrollo de sus funciones.
3. Se establecerán mecanismos par evitar que un usuario acceda a datos o recursos con derechos distintos de los autorizados y en todo caso se aplicarán las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa reglamentaria de desarrollo.
4. El derecho de acceso a que se refiere este artículo sólo podrá ejercitarse a intervalos no inferiores a doce meses, salvo que el interesado acredite un interés legítimo al efecto, en cuyo caso podrán ejercitarlo antes.

4.2. Usos de la historia clínica por personal del SESCAM.

4.2.1. Usos de la historia clínica por profesionales asistenciales del centro.

Los profesionales asistenciales de los centros sanitarios que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

En todo caso, los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

4.2.2. Usos de la historia clínica por el personal de inspección.

El personal debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente ó cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes ó usuarios ó la propia Administración. (art. 16.5 de la Ley 41/2002) sin que sea preciso recabar el previo consentimiento del paciente.

4.2.3. Usos de la historia clínica por personal de administración y gestión de los centros.

El personal de administración y gestión de los centros sanitarios puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

Se facilitará el acceso a los datos administrativos estrictamente necesarios para el ejercicio de sus funciones, tales como identificación y características personales; y en todo, caso quedan sujetos al deber de secreto.

4.2.4. Usos de la historia clínica por personal de administración y gestión del los servicios administrativos del SESCAM.

El personal de administración y gestión de los servicios administrativos centrales y periféricos (Oficinas Provinciales de Prestaciones) puede acceder a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus propias funciones.

Se facilitará el acceso a los datos administrativos estrictamente necesarios para el ejercicio de sus funciones, tales como identificación y características personales; y en todo, caso quedan sujetos al deber de secreto.

4.3. Acceso a la documentación clínica por el paciente y terceras personas.

4.3.1. El propio paciente

El paciente mayor de 14 años¹ es el titular del derecho de acceso a la información de naturaleza asistencial, cualquiera que sea el soporte en que esté recogida la misma. En este sentido el artículo 162.1 del Código Civil, manifiesta de forma expresa la exclusión de la representación legal de la patria potestad de todos aquellos actos relativos a los derechos de la personalidad que el menor de

¹ Respecto de los mayores de 14 años se sigue aquí el criterio de la Agencia Española de Protección de Datos recogido en su informe 409/2004.

¹ Los datos de carácter personal sólo serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados (art. 4.5 Y 16.3 de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal)

edad pueda realizar por sí solo de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez.

Considerando que el derecho de acceso a la historia clínica es un **derecho personalísimo**, cabe inferir, de conformidad con lo dispuesto en nuestra legislación civil, que el paciente mayor de 14 años goza de las condiciones de discernimiento y madurez suficientes como para realizar por sí mismo actos en la vida civil.

De conformidad con la Ley 41/2002, no se facilitará al paciente información sobre:

- Los datos confidenciales que afectan a terceras personas y que han sido recogidos en interés terapéutico del paciente.
- Las anotaciones subjetivas que los profesionales hayan hecho constar. A estos efectos, se consideran anotaciones subjetivas las impresiones de los profesionales sanitarios, basadas en la exclusiva percepción de aquéllos, y que, en todo caso, carecen de trascendencia para el conocimiento veraz y actualizado de estado de salud del paciente, sin que puedan tener la consideración de diagnóstico.
- Los datos cuyo acceso deba limitarse por razones justificadas de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica de no informar la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

a) Requisitos:

- Acreditar la identidad del solicitante mediante los documentos oficiales pertinentes (DNI, permiso de conducir, pasaporte); en el caso de solicitud enviada por carta se deberá aportar fotocopia compulsada del documento o documentos oficiales.
- Especificar los documentos o información que se solicitan.

b) Información y documentos a facilitar:

Cuando se estime la petición de acceso, se entregará al interesado una copia de los documentos que contengan la información solicitada, siempre que no se vulneren derechos de terceras personas y esté justificada su entrega por no concurrir razones tales como el estado de necesidad terapéutica de no informar.

El acceso a la documentación clínica solicitada será gratuito. La información se facilitará al interesado a través del procedimiento que resulte más adecuado en cada caso: visualización directa, copia ó fotocopia de informes y documentos, o soporte electrónico. En ningún caso se entregará documentación original de la historia clínica.

4.3.2. Persona autorizada por el paciente

El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercitarse también por representación debidamente acreditada (art. 18.2 de la Ley 41/2002)

a) *Requisitos:*

- Acreditar la identidad de la persona autorizada mediante los documentos oficiales pertinentes (DNI, carné de conducir, pasaporte...) ó fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por carta.
- Acreditar la identidad del paciente titular del derecho de acceso a la historia clínica mediante documentos oficiales pertinentes (DNI, carné de conducir, pasaporte...) ó fotocopia compulsada de los mismos en el caso que la solicitud se envíe por carta.
- Aportar escrito original de la autorización con firma manuscrita del paciente, ó bien apoderamiento notarial. La autorización será específica e inequívoca para el ejercicio de este derecho y para este caso en concreto, sin que resulten válidos los poderes "*generales para pleitos*". En todo caso se deberá detallar de forma específica en qué términos se autoriza la representación.
- En la solicitud se especificará la información que se desea obtener.

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 5.3.1.

4.3.3. Paciente menor de 14 años

En el caso del paciente menor de 14 años, pueden solicitar el acceso a su historia clínica los padres que ostenten la patria potestad y, en su caso, el tutor, el defensor judicial o la entidad pública que tenga asumida la guarda o tutela del menor.

a) Requisitos:

- Acreditar la identidad del solicitante mediante los documentos oficiales pertinentes (DNI, carné de conducir, pasaporte...) ó fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por carta.
- Acreditar la representación legal en virtud de la cual se pretende el acceso a la historia clínica del menor:
 1. Si los solicitantes son los padres, deberán presentar el libro de familia. En los casos de separación judicial o divorcio, el padre o la madre que presenten la solicitud acreditarán su derecho con la presentación de la sentencia que determine la custodia del menor o, en el caso de que no tuviera la custodia, el documento que acredita la patria potestad.
 2. Si los solicitantes son el tutor, el defensor judicial o la entidad pública correspondiente, la acreditación de la representación legal del menor se efectuará mediante la presentación de la sentencia o resolución judicial que la declare.
- Acreditar la identidad del paciente a través de documentos oficiales pertinentes.
- Justificar razonadamente los fines de la petición de acceso.
- En la solicitud se especificará la información que se solicita.

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 5.3.1.

4.3.4. Paciente legalmente incapacitado.

En los supuestos de personas mayores de 14 años que hayan sido declaradas judicialmente incapaces, el acceso a la historia clínica se facilitará a la persona que ostente la representación legal del incapaz. Ahora bien, de conformidad con la Ley 41/2002, el Servicio de Atención al Paciente comunicará al incapacitado la presentación de la solicitud, así como la información o relación de los documentos a los que se pretende acceder.

a) Requisitos:

- Acreditar la identidad del solicitante mediante los documentos oficiales pertinentes (DNI, carné de conducir, pasaporte...) ó fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por carta.
- Acreditar la identidad e incapacitación del paciente mediante sentencia o resolución judicial.
- Acreditar la representación legal mediante la presentación de la sentencia o resolución judicial que la declare.
- Justificar razonadamente los fines de la petición de acceso.
- Especificar la información o documentos que se solicitan.

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 5.3.1.

4.3.5. Paciente incapacitado de hecho.

En los casos de personas mayores de 14 años de edad que sufren una falta de capacidad real, no declarada judicialmente, pero sí valorada por un facultativo/psicólogo clínico y acreditada mediante el informe correspondiente, se facilitará el acceso a la documentación clínica a las personas vinculadas al paciente por razones familiares ó de hecho.

a) Requisitos:

- Acreditar la identidad del solicitante mediante los documentos oficiales pertinentes (DNI, carné de conducir, pasaporte...) ó fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por carta.
- Acreditar la incapacidad natural o de hecho del paciente mediante informe médico.
- Justificar razonadamente los fines de la petición de acceso.
- Especificar la información o documentos que se solicitan.

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 5.3.1.

4.3.6. El paciente fallecido

En caso de fallecimiento del paciente, se facilitará el acceso a la historia clínica a las personas vinculadas a él por razones familiares ó de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

Fuera de estos supuestos, el acceso por un tercero a la historia clínica de un paciente fallecido se ha de fundamentar en la existencia de un riesgo para su salud.

a) Requisitos:

- Acreditar la identidad del solicitante mediante los documentos oficiales pertinentes (DNI, carné de conducir, pasaporte...) ó fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por carta.
- Acreditar la identidad del paciente y su fallecimiento mediante el correspondiente certificado de defunción.
- Acreditar la relación de parentesco o vínculo de hecho mediante libro de familiar, certificados de registro y/u otros documentos que acrediten la existencia de una relación de afectividad análoga a la conyugal.
- Cuando el acceso se solicite por un tercero, éste deberá justificar razonadamente los fines del acceso mediante la presentación del certificado o informe médico de existencia de un riesgo para la salud del interesado.
- Especificar la información o documentos que se solicitan.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 5.3.1, con las siguientes limitaciones:

El acceso a la historia clínica de un paciente fallecido se limitará exclusivamente a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a

la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

4.3.7. Acceso por motivos epidemiológicos, de salud pública, investigación o de docencia.

La ley permite el acceso a la información clínico-asistencial con fines epidemiológicos, de salud pública, investigación ó de docencia. En estos casos no será preciso el consentimiento previo del interesado siempre que los datos de identificación personal del paciente estén debidamente disociados de aquellos que tienen carácter clínico-asistencial (art. 16.3 de la Ley 41/2002), y la información se limitará estrictamente a los fines específicos de cada caso”.

a) Requisitos

- Acreditar la identidad del solicitante mediante los documentos oficiales pertinentes (DNI, carné de conducir, pasaporte...) ó fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por carta.
- Cuando el solicitante intervenga en representación de una entidad pública o privada, deberá acreditar dicha representación mediante escritura pública o poder notarial otorgado al efecto, y presentar, asimismo, la escritura o documento de constitución, estatutos o acto fundacional, en el que constaren las normas por las que se regula su actividad, inscritos, en su caso, en el correspondiente Registro Oficial.
- Acreditar documentalmente los fines y justificación del estudio o trabajo de investigación de que se trate.
- Especificar la información o documentos que a tal fin se precisan.

b) Información y documentos a facilitar

Cuando el acceso se solicite por motivos epidemiológicos, de salud pública, de investigación ó de docencia, se facilitarán copias de los documentos estrictamente necesarios para los fines solicitados (epidemiológicos, docentes y de investigación) con disociación entre los datos de identificación personal del paciente o pacientes afectados y los clínico asistenciales.

En el caso que el paciente o pacientes afectados hubiesen otorgado su consentimiento para no separar los datos en cuestión, dicho consentimiento expresado por escrito será objeto de archivo junto a la historia clínica en el Servicio de Documentación clínica. En este último supuesto, el personal que acceda a estos datos no disociados queda sujeto al deber de secreto (art. 10 de la LOPD y 16.6 de la Ley 41/2002).

4.3.8. Acceso por el ministerio fiscal, los jueces o tribunales, el defensor del pueblo o el tribunal de cuentas.

El Ministerio Fiscal, los Jueces o Tribunales, el Defensor del Pueblo, el Tribunal de Cuentas o instituciones autonómicas análogas, en el ejercicio de sus funciones, tienen acceso a los datos y documentos de la historia clínica sin que sea preciso el previo consentimiento de la persona o personas afectadas, de conformidad con lo establecido en artículo 11.2.d) de la Ley 15/99.

Como regla general, los datos de identificación personal del paciente han de estar separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su

consentimiento para no separarlos. Ahora bien en los supuestos de investigación de la autoridad judicial, cuando el juez ó tribunal consideren imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.

a) *Requisitos*

- Motivar el objeto de la petición y/o el proceso correspondiente.
- Especificar la información o documentos que a tal fin se precisan.

A los efectos de que el acceso a los datos y documentos de la historia clínica quede limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso, se podrán solicitar del órgano peticionario las aclaraciones que se estimen pertinentes.

b) *Información y documentos a facilitar*

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 5.3.1, con las siguientes limitaciones:

Cuando sean los Jueces y Tribunales de Justicia los que soliciten el acceso a la historia clínica de un paciente, deberán entregarse en su totalidad las apreciaciones, observaciones y anotaciones subjetivas de los profesionales, si bien se advertirá acerca de su existencia, a fin de que valore su trascendencia en el proceso.

4.3.9. Acceso por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Las miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en el ejercicio de sus funciones, tienen acceso a los datos y documentos de la historia clínica sin que sea preciso el previo consentimiento de la persona o personas afectadas, siempre que la obtención de aquéllos sea necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública ó para la represión de infracciones penales en los supuestos en que sea absolutamente necesario para los fines de una investigación concreta; todo ello de conformidad con lo establecido en artículo 22.2 de la Ley Orgánica 15/99.

a) Requisitos

- Acreditar la identidad del solicitante en su condición de miembro de las fuerzas y cuerpos de seguridad.
- Acreditar que la obtención de los datos resulta necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública o para la represión de las infracciones penales, y que sean absolutamente necesarios para los fines de una investigación concreta.
- Especificar la información o documentos que a tal fin se precisan.

A los efectos de que el acceso a los datos y documentos de la historia clínica quede limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso, se podrán solicitar del órgano petionario las aclaraciones que se estimen pertinentes.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 5.3.1.

4.3.10. Acceso por una compañía aseguradora.

Las compañías aseguradoras que haya de responder en virtud de un contrato de seguro de asistencia sanitaria, del coste del acto médico realizado por un centro sanitario perteneciente a la red del SESCAM, tienen acceso exclusivamente a aquellos datos clínicos del paciente que resulten precisos para proceder al abono del gasto sanitario efectivamente llevado a cabo, sin necesidad de recabar el previo consentimiento del paciente.

a) Requisitos

- Acreditar la identidad del solicitante mediante los documentos oficiales pertinentes (DNI, carné de conducir, pasaporte...) ó fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por carta.
- Cuando el solicitante intervenga en representación de una entidad privada, deberá acreditar dicha representación mediante escritura pública o poder notarial otorgado al efecto, y presentar, asimismo, la escritura o documento de constitución, en el que constaren las normas por las que se regula su actividad, inscritos, en su caso, en el correspondiente Registro Oficial.
- Acreditar documentalmente el contrato o póliza de seguro suscrito con el paciente que justifica la petición de acceso.
- Especificar la información o documentos que a tal fin se precisan.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 5.3.1. Únicamente se facilitarán los datos que resulten precisos para el abono del coste de la asistencia sanitaria dispensada.

4.3.11. Acceso por centros sanitarios privados concertados con el Sescam.

Los centros sanitarios privados concertados con el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, pueden acceder con fines asistenciales a datos contenidos en la historia clínica de los pacientes derivados, sin necesidad de recabar su consentimiento.

a) Requisitos

- Acreditar la identidad del solicitante mediante los documentos oficiales pertinentes (DNI, carné de conducir, pasaporte...) ó fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por carta.
- Acreditar documentalente la derivación del paciente por parte del SESCAM mediante el correspondiente informe clínico.
- Motivar razonadamente la necesidad del acceso a los documentos que se solicitan.
- Especificar la información o documentos que a tal fin se precisan.
- En los casos de historia clínica electrónica los profesionales sanitarios del centro concertado accederán directamente a la documentación que precisen. A tal efecto el SESCAM les facilitará un código de usuario

y/o clave personal, durante el tiempo de vigencia del concierto sanitario.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 5.3.1

4.3.12. Acceso por centros sanitarios pertenecientes al SESCAM o por otros Servicios Autonómicos de Salud

Los profesionales asistenciales responsables de diagnóstico y tratamiento de un paciente que, en el ejercicio de sus funciones asistenciales en centros sanitarios públicos del Sistema Nacional de Salud, soliciten a otro centro sanitario del SESCAM, la historia clínica de dicho paciente, tendrán acceso a la misma sin necesidad de su autorización.

a) Requisitos

- Acreditar la identidad del profesional solicitante mediante los documentos oficiales pertinentes (DNI, carné de conducir, pasaporte...) ó fotocopia compulsada en el caso de que la solicitud se envíe por carta.
- Identificar al paciente cuya historia clínica se solicita.
- Motivar razonadamente la necesidad del acceso a los documentos que se solicitan.
- Especificar la información o documentos que a tal fin se precisan.

- En los casos de historia clínica electrónica el acceso por los profesionales asistenciales del SESCOAM se efectuará directamente mediante su clave de acceso.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 5.3.1. La entrega de la documentación solicitada incluirá, en principio, las observaciones y anotaciones subjetivas de los profesionales que atendieron al paciente a lo largo de su proceso asistencial, a quienes se concederá trámite de audiencia a fin de que aleguen lo que estimen pertinente.

4.3.13. Acceso por una entidad gestora o colaboradora de la seguridad social para el reconocimiento de prestaciones económicas.

En los procedimientos de declaración de la incapacidad permanente, a efectos de las correspondientes prestaciones económicas de la Seguridad Social, así como en lo que respecta al reconocimiento y mantenimiento del percibo de las prestaciones por incapacidad temporal, orfandad o asignaciones por hijo a cargo, se entenderá otorgado el consentimiento del interesado o de su representante legal, a efectos de la remisión, por parte de las instituciones sanitarias de los informes, documentación clínica, y demás datos médicos estrictamente relacionados con las lesiones y dolencias padecidas por el interesado que resulten relevantes para la resolución del procedimiento, salvo que conste oposición expresa y por escrito de aquéllos.

Las Entidades Gestoras o las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, en el ejercicio de sus

funciones de reconocimiento y control de las prestaciones podrán solicitar la remisión de los partes médicos de incapacidad temporal expedidos por los servicios públicos de salud, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social y las empresas colaboradoras, a efectos del tratamiento de los datos contenidos en los mismos.

En estos casos el consentimiento del interesado o de su representante legal se entenderá otorgado a los efectos de la remisión por parte de las instituciones sanitarias de la documentación a que se refiere el apartado anterior.

En aquellos casos en que exista oposición por parte del paciente a la cesión de sus datos sanitarios, la misma deberá constar de forma expresa y por escrito. En estos casos, el centro sanitario responsable del archivo y custodia de la historia y documentación clínica de los pacientes, comunicará por escrito dicha oposición y la no remisión de los documentos solicitados.

a) Requisitos

- Presentar la autorización del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de constitución de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales o el correspondiente certificado de inscripción en el correspondiente registro oficial.
- Identificar al paciente cuya historia clínica se solicita.
- Motivar razonadamente la necesidad del acceso a los documentos que se solicitan.
- Consentimiento expreso del paciente en los supuestos de solicitud de documentación clínica en relación con los procedimientos de

evaluación de incapacidad para el reconocimiento del derecho a prestaciones económicas.

- Especificar la información o documentos que a tal fin se precisan.

b) Información y documentos a facilitar

En cuanto a la información y documentación a facilitar se estará a la regla general recogida en el apartado 5.3.1. Únicamente se entregarán copias de los documentos o datos estrictamente relacionados con las lesiones y dolencias padecidas por el interesado que resulten relevantes para la resolución del procedimiento.

5. TRAMITACIÓN DE SOLICITUDES.

5.1 Centros sanitarios de Atención Especializada.

5.1.1 Presentación y Tramitación de solicitudes.

Las solicitudes de acceso se formularán por escrito ante el Servicio de Información y Atención al Usuario a través del modelo normalizado correspondiente, pudiendo presentarse mediante comparecencia personal del interesado ó bien por correo, fax ó burofax adjuntando, en todo caso a la solicitud, la documentación acreditativa de la personalidad.

Acreditado el cumplimiento de los requisitos anteriores, el Servicio de Atención al Paciente remitirá la solicitud al Servicio de Archivo y Documentación Clínica, siendo dicho Servicio el competente para formular propuesta de resolución acerca de la estimación o desestimación de la solicitud y

de determinar la documentación que, en el primer caso, deberá facilitarse al interesado. En el supuesto de que la petición del interesado precise informe sobre sus datos de salud, el Servicio de Atención al Paciente lo solicitará del servicio clínico que corresponda.

En todo caso, y salvo que el interesado acredite un interés legítimo al efecto, el derecho de acceso sólo podrá ser ejercitado a intervalos no inferiores a doce meses.

5.1.2 Resolución.

La competencia para resolver la petición formulada corresponde al Director- Gerente del SESCAM, si bien la firma de las resoluciones corresponde por delegación al Director-Gerente del centro sanitario.

En los casos de **solicitudes de acceso** a la documentación clínica, el plazo para dictar la correspondiente resolución administrativa es de un mes a contar desde la fecha de la recepción de la solicitud.

En los casos de **solicitudes de rectificación ó cancelación de datos**, el plazo para dictar resolución expresa es de diez días a contar desde la fecha de recepción de la solicitud.

En cualquiera de los supuestos anteriores, si se considerase que no procede acceder a lo solicitado se dictará resolución motivada dentro de los plazos antes señalados. Transcurridos dichos plazos sin haberse notificado resolución expresa al interesado o interesados que hubieran presentado la solicitud de acceso a la documentación clínica o de rectificación ó cancelación de

datos, dicha solicitud podrá entenderse estimada a los efectos de hacer efectivo el acceso o, en su caso, la rectificación o cancelación de datos.

5.1.3 Plazo y condiciones de entrega de la documentación.

Si la resolución fuese estimatoria, el acceso se hará efectivo en un plazo máximo de diez (10) días a contar desde el día de la notificación. La rectificación o cancelación de datos, se efectuará a contar desde el día de la recepción de la solicitud por el órgano competente para resolver.

La copia de la documentación solicitada o el informe clínico elaborado al efecto podrá entregarse en mano al solicitante, quién dejará constancia expresa de su recepción, o bien se enviará por correo certificado si se trata de documentos contenidos en soporte papel y así lo solicitó el ciudadano. En los casos de visualización directa de documentos, se dejará constancia, en todo caso, de la fecha y documentos facilitados.

En las actuaciones de la Policía Judicial en el marco de la Ley 38/2002 de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (juicios rápidos) se entregará al agente judicial que actúe en el caso el parte de lesiones ó informe relativo a la asistencia prestada en sobre cerrado dirigido al Juzgado, y con el nombre de la persona atendida en el exterior.

5.2 Centros Sanitarios de Atención Primaria.

5.2.1 Presentación y Tramitación de solicitudes.

Las solicitudes de acceso se formularán por escrito ante la unidad correspondiente y se dirigirán al Coordinador de Equipo de Atención Primaria de su Centro de Salud a través del modelo normalizado correspondiente, pudiendo presentarse mediante comparecencia personal del interesado ó bien por correo, fax ó burofax adjuntando, en todo caso a la solicitud, la documentación acreditativa de la personalidad.

Acreditado el cumplimiento de los requisitos anteriores, se dará traslado de la petición al Servicio de Archivo y Documentación Clínica ó unidad que lleve a cabo estas funciones en el centro, y proceda, en su caso, a la entrega de la documentación solicitada; en el supuesto de que la petición del interesado precise informe sobre sus datos de salud, se dirigirá la solicitud al servicio clínico que corresponda.

En todo caso, y salvo que el interesado acredite un interés legítimo al efecto, el derecho de acceso sólo podrá ser ejercitado a intervalos no inferiores a doce meses.

5.2.2 Resolución.

La competencia para resolver la petición formulada corresponde al Director- Gerente del SESCAM, si bien la firma de las resoluciones corresponde por delegación al Director-Gerente del centro sanitario.

En los casos de **solicitudes de acceso** a la documentación clínica, el plazo para dictar la correspondiente resolución administrativa es de un mes a contar desde la fecha de la recepción de la solicitud.

En los casos de **solicitudes de rectificación ó cancelación de datos**, el plazo para dictar resolución expresa es de diez días a contar desde la fecha de recepción de la solicitud.

En cualquiera de los supuestos anteriores, si se considerase que no procede acceder a lo solicitado se dictará resolución motivada dentro de los plazos antes señalados. Transcurridos dichos plazos sin haberse notificado resolución expresa al interesado o interesados que hubieran presentado la solicitud de acceso a la documentación clínica o de rectificación ó cancelación de datos, dicha solicitud podrá entenderse estimada a los efectos de hacer efectivo el acceso o, en su caso, la rectificación o cancelación de datos.

5.2.3 Plazos y condiciones de entrega de la documentación.

Los plazos y condiciones para hacer efectivo el derecho de acceso a la documentación clínica, o de rectificación o cancelación de datos personales serán los establecidos en el epígrafe 6.1.3 para los centros de atención especializada.

7. CONSERVACIÓN, CUSTODIA, EXPURGO Y DESTRUCCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

7.1. Cada centro sanitario archivará la historia clínica de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizados su seguridad, su correcta

conservación y la recuperación de la información, así como la autenticidad del contenido de las mismas y su plena reproductibilidad futura. Debe garantizarse que queden registrados todos los cambios e identificados los médicos y los profesionales asistenciales que los han realizado.

7.2. Los centros sanitarios deben conservar la documentación obrante en la historia clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento, confidencialidad y seguridad, para la debida atención del paciente, durante al menos quince años desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

En cualquier caso la conservación de la documentación clínica deberá garantizar la preservación de la información y no necesariamente del soporte original.

Se conservará indefinidamente aquella información que se considere relevante a efectos preventivos, epidemiológicos, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. En tales casos, siempre que sea compatible con los fines perseguidos, se despersonalizarán los datos al objeto de impedir la identificación directa o indirecta de los sujetos implicados. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente.

7.3. Los centros sanitarios adoptarán las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales y evitar su destrucción o su pérdida accidental, y también el acceso, alteración, comunicación o cualquier otro procedimiento que no sean autorizados.

Criterios de seguridad de la historia clínica:

Los procedimientos a aplicar en relación al uso y custodia de la historia clínica deben garantizar plenamente el derecho del paciente a su intimidad personal y el deber de guardar secreto para quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica.

Con este objetivo general, se establecen las siguientes pautas de conducta en relación al uso y custodia de la historia clínica (HC):

1. Cada HC es única y tendrá un número de identificación único para cada paciente del centro. Cuando finalice el proceso de implantación de la HC electrónica ésta será única para cada paciente y para toda la red asistencial del SESCAM. En todo caso, la HC recogerá toda la información integrada y acumulativa relativa al curso clínico del paciente.
2. En cada HC deberá incorporarse la constancia de que se ha facilitado al paciente la hoja de información en relación a sus derechos sobre los datos personales contenidos en su HC, con el correspondiente acuse de recibo.
3. Las HC estarán custodiadas en un archivo único. Sin embargo, puede preverse la existencia de un archivo pasivo, físicamente diferenciado del archivo activo, en el cual podrán ubicarse las HC correspondientes a pacientes sin contacto con el centro durante un determinado periodo.
4. En aquellos casos en que el archivo de HC pasivas se encuentre fuera de las dependencias del centro deberán garantizarse unas

medidas de seguridad idénticas a las que existieran en el propio centro.

5. En aquellos casos en que el archivo del HC pasivas se encuentre fuera de las dependencias del centro y gestionado por una empresa externa, deberá ser formalizado por escrito un contrato que regule expresamente el deber de confidencialidad del depositario de las HC así como también el resto de las obligaciones como encargado del tratamiento por cuenta de terceros
6. Cada centro deberá establecer un responsable de archivo de HC, que deberá velar por el adecuado cumplimiento de los sistemas de archivo, control e información, que deberán ser adecuados a las características y dimensiones del centro.
7. El acceso al archivo de HC deberá encontrarse limitado al horario en que el personal de archivo pueda ejercer los controles previstos. Fuera de este horario, el acceso al archivo estará restringido y controlado. Cualquier acceso al archivo fuera del horario habitual, deberá ser anotado en un registro creado al efecto.
8. El archivo de HC contará con medidas de seguridad física apropiadas.
9. En cualquier entrega interna de una HC, debe quedar constancia de la persona que efectúa la petición, o del motivo que justifica el flujo de las HC por razones organizativas y de programación de actos clínicos que requieren el acceso a las mismas.
10. Las salidas de HC del archivo deberán anotarse en un libro registro, con la información suficiente para permitir su

seguimiento. En el mismo libro registro deberá anotarse también la fecha de devolución de la HC

11. Las solicitudes de HC de pacientes que en el momento de la solicitud no estén siguiendo un curso clínico, deberán ser debidamente justificadas.
12. La devolución de las HC al archivo debe realizarse inmediatamente después de la circunstancia que motivó su petición.
13. Durante el periodo en que la HC se encuentra fuera del archivo central, deberán establecerse unas medidas de seguridad mínimas que permitan restringir el acceso de personas no autorizadas.
14. Las HC únicamente serán canceladas una vez transcurrido el plazo previsto por la normativa vigente.

Las presentes Instrucciones serán de aplicación a partir del día siguiente al de su firma.

Lo que se participa para su conocimiento y cumplimiento.

En Toledo, a 7 de febrero de 2007.

EL DIRECTOR-GERENTE

Joaquín Chacón Fuertes.

ANEXO I

SOLICITUD DE ACCESO A DOCUMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO O TRATAMIENTO:

Nombre:..... Dirección C/.....
nº C.P..... Localidad: Provincia

DATOS DEL SOLICITANTE

D./Dª....., mayor de edad, con domicilio en la
C/.....nº.....,Localidad..... Provincia
.....C.P.....con D.N.I....., del que se acompaña fotocopia compulsada, por
medio del presente escrito, manifiesta su deseo de ejercer su derecho de acceso, de conformidad con los
artículos 15 de la Ley Orgánica 15/1999, y los artículos 12 y 13 del Real Decreto 1332/1994, de 20 de junio.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en el caso de que el interesado se encuentre en situación de
incapacidad o minoría de edad).

D/ Dª mayor de edad, con domicilio en la
calle.....nº.....,Localidad.....,Provincia.....
C.P.....con D.N.I....., del que se acompaña fotocopia compulsada, por medio del
presente escrito, en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según se acredita con el
poder adjunto.

SOLICITA.-

1.- Que se le facilite gratuitamente el acceso a los documentos que a continuación se relacionan obrantes en
sus ficheros de historia clínica, en el plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud.

Documentación o información que se solicita:

2.- Que si la solicitud del derecho de acceso fuese estimada, se remita por correo la información a la
dirección arriba indicada, en el plazo de diez días desde la resolución estimatoria de la solicitud de acceso.

3.- Que esta información comprenda de modo legible e inteligible, sin utilizar claves o códigos que
requieran el uso de dispositivos mecánicos específicos, los datos de base que sobre mi persona están
incluidos en sus ficheros, y los resultantes de cualquier elaboración, proceso o tratamiento, así como el
origen de los datos, los cesionarios y la especificación de los concretos usos y finalidades para los que se
almacenaron.

En, a.....de.....de 200...

Nota: El derecho de acceso sólo podrá ejercitarse a intervalos no inferiores a doce meses, salvo que el
interesado acredite un interés legítimo al efecto.

SR. DIRECTOR GERENTE DEL CENTRO SANITARIO (ESPECIFICAR)
.....

ANEXO II

SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES, INEXACTOS O INCOMPLETOS, INCLUIDOS EN EL FICHERO DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO O TRATAMIENTO

Nombre:.....Dirección C/.....nº.....

C.P.....Localidad..... Provincia:.....

DATOS DEL SOLICITANTE

D/Dª.....,con domicilio en C/..... nº....., Localidad....., Provincia..... C.P.....con D.N.I....., del que se acompaña fotocopia compulsada, por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de rectificación, de conformidad con el artículo 16 de la Ley Orgánica 15/1999, y los artículos 15 y 16 del Real Decreto 1332/1994.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en el caso de que el interesado se encuentre en situación de incapacidad o minoría de edad).

D/ Dª..... mayor de edad, con domicilio en la calle.....nº.....,Localidad.....,Provincia.....C.P.....con D.N.I....., del que se acompaña fotocopia compulsada, por medio del presente escrito, en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según se acredita con el poder adjunto.

SOLICITA.-

- 1. Que se proceda gratuitamente a la efectiva corrección en el plazo de diez días desde la recepción de esta solicitud, de los datos inexactos o incompletos relativos a mi persona que se encuentren en sus ficheros.
2. Los datos que hay que rectificar se enumeran en la hoja adjunta, haciendo referencia a los documentos que se acompañan a esta solicitud y que acreditan, en caso de ser necesario, la veracidad de los nuevos datos.
3. Que me comuniquen de forma escrita a la dirección arriba indicada, la rectificación de los datos una vez realizada.
4. Que, en el caso de que el responsable del fichero considere que la rectificación no procede, lo comunique igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de diez días indicado.

En....., a..... de..... de 200.....

SR. DIRECTOR GERENTE DEL CENTRO SANITARIO (ESPECIFICAR) DE.....

.....

DATOS QUE DEBEN RECTIFICARSE

Dato incorrecto

Dato correcto

Documento acreditativo

1.

2.

3.

4.

5.

ANEXO III

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DATOS INCLUIDOS EN EL FICHERO DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO

Nombre:
Dirección: C/ n°.....
C.P.....localidad.....Provincia:

DATOS DEL SOLICITANTE

D./D^a....., con domicilio en la C/n°.....,Localidad.....
.....Provincia.....C.P.....con D.N.I....., del que se acompaña fotocopia compulsada, por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de cancelación, de conformidad con los artículos 16 de la Ley Orgánica 15/1999, y artículos 15 y 16 del Real Decreto 1332/1994.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (en el caso de que el interesado se encuentre en situación de incapacidad o minoría de edad).

D/ D^a mayor de edad, con domicilio en la calle.....n°.....,Localidad.....
.....,Provincia.....C.P.....con D.N.I....., del que se acompaña fotocopia compulsada, por medio del presente escrito, en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según se acredita con el poder adjunto,

SOLICITA.-

1. Que se proceda al bloqueo de los datos en el plazo de diez días desde la recepción de esta solicitud, de cualesquiera datos relativos a mi persona que se encuentren en sus ficheros al no existir vinculación jurídica o disposición legal que justifique su mantenimiento¹.
2. Una vez transcurrido el plazo de prescripción de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento de los datos, que se proceda a la supresión de los mismos y se me comunique de forma escrita a la dirección arriba indicada su cancelación efectiva.
3. Que, en el caso de que el responsable del fichero considere que dicha cancelación no procede, lo comunique igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de diez días indicados.

En....., a..... de..... de 200.....

SR. PRESIDENTE DEL COMITÉ REGIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS

ANEXO IV

MODELO PARA SOLICITAR A LOS JUECES Y TRIBUNALES LA REDUCCIÓN DE DOCUMENTOS A ENVIAR EN CASO DE PETICIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.

FECHA: -----

PROCEDIMIENTO.-----

AL JUZGADO (O TRIBUNAL): -----

Recibido con fecha ----- su oficio por medio del cual se requiere la remisión de la historia clínica de D/dº----- con D.N.I. nº-----, y con el fin de preservar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos relativos a la salud del interesado en todo lo que no considere que pueda tener relación con el proceso de referencia o ser relevante para el esclarecimiento de los hechos y su prueba, dado que la historia clínica puede contener datos cuya cesión resulte innecesaria¹, es por lo que

SOLICITO autorización para remitir a ese Juzgado (o Tribunal) únicamente la parte de la historia clínica (proceso diagnóstico o patológico objeto de investigación) que por su Señoría se estime útil y pertinente a los efectos del procedimiento de referencia, evitando así la comunicación de datos relativos a la salud del interesado que no guarden relación con lo que sea objeto del proceso o en ningún caso puedan contribuir a esclarecer los hechos controvertidos.

Fdo. (el responsable del fichero o el encargado del tratamiento)

D/Dª-----

¹ Recomendación 2/2004, de 30 de junio, de la Agencia de Protección de Datos de Madrid sobre custodia, archivo y seguridad de los datos de carácter personal de las Historias Clínicas no informatizadas, publicada en el Boletín Oficial de la Madrid el 12-08-2004 (Apartado tercero. 3b): “*se entiende necesario que la petición judicial venga motivada y concrete los documentos de la historia clínica que sea preciso conocer para su actuación e investigación, procediéndose por el Centro al envío de una copia de los mismos o a facilitar el acceso dentro del propio Centro*”)