SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

D./Dña. Nombre y apellidos, con DNI/NIE Ingresa el número y domicilio en caso de notificaciones en Su texto aquí, teléfono Ingresa el número y correo electrónico Correo electrónico a través del presente escrito comparezco en Su texto aquí y

SOLICITO,

Que he recibido o estoy recibiendo un tratamiento médico en su centro sanitario.

Que de acuerdo con el art. 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente, vengo a ejercitar mi derecho de acceso a la Historia Clínica completa.

A este fin, solicito que me sea entregada **copia de mi historia clínica íntegra**, incluyendo las anotaciones médicas, hojas de evolución, todas las pruebas realizadas y documentos de consentimiento informado.

También solicito que se me indique el **nombre y número de colegiado de los facultativos** que han intervenido en mi tratamiento.

Además, pido que me faciliten una copia de la **póliza de seguros de responsabilidad civil profesional** que cubra este siniestro, tanto de la clínica, como de los doctores que hayan intervenido en mi tratamiento.

Los mencionados documentos deberán ser facilitados en el **plazo máximo de 15 días** desde la recepción de la presente solicitud. Me reservo el derecho a denunciar ante la Agencia Española de Protección de Datos en caso de no facilitarme la documentación solicitada en el plazo indicado. En caso de que la Historia Clínica haya sido manipulada, me reservo el derecho de interponer denuncia en la jurisdicción penal.

Dicha documentación interrumpe fehacientemente el plazo de prescripción para las acciones que me correspondan tanto contra la clínica, como contra sus profesionales, como contra los aseguradores de todos ellos, por posible negligencia médica.

En Su texto aquí a día D D | M M | A A A A

Fdo.- D./Dña. Nombre y apellidos