

SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA DENTAL

Paciente : _____ DNI/NIE : _____

Fecha de nacimiento : _____ Teléfono : _____

Datos del solicitante (en caso distinto al paciente) :

Nombre y Apellidos : _____

DNI/NIE : _____

Parentesco con paciente : _____

Datos del Centro Odontológico :

Nombre del centro : _____

Dirección : _____

Teléfono : _____

Finalidad de la solicitud :

Solicito la entrega de la historia clínica dental completa del paciente arriba identificado, a fin de disponer de la información clínica necesaria para la continuación del tratamiento odontológico, conforme a lo establecido en el artículo 15 del Real Decreto 1720/2007 y la Ley 3/2018.

Documentación adjunta que acredita la identidad y autorización :

Adjunto copia del DNI/NIE del paciente y, en caso de ser solicitante distinto, copia de su DNI/NIE y documento que acredite la representación legal o consentimiento expreso para la solicitud.

Cláusulas y condiciones legales :

Cláusula 1 – Protección de datos personales

Los datos personales facilitados serán tratados conforme a la normativa vigente en protección de datos, garantizando la confidencialidad y seguridad en el tratamiento, conforme a la Ley Orgánica 3/2018 y el RGPD.

Cláusula 2 – Derecho de acceso y limitación

El solicitante declara ser titular del derecho o tener autorización expresa para acceder a la historia clínica solicitada, asumiendo la responsabilidad por el uso correcto y confidencial de la información clínica proporcionada.

Cláusula 3 – Responsable del tratamiento

El centro odontológico responsable conservará la documentación y podrá denegar la entrega si no se acreditan los requisitos legales o si exista prohibición legal expresa.

Cláusula 4 – Finalidad del uso

La historia clínica entregada deberá utilizarse exclusivamente para los fines indicados en esta solicitud, prohibiéndose su cesión o uso para otros fines sin consentimiento expreso.

Cláusula 5 – Plazo de conservación

La documentación entregada se conservará bajo responsabilidad del solicitante y podrá ser requerida en cualquier momento por las autoridades competentes para su inspección.

Cláusula 6 – Exención de responsabilidad

El centro odontológico no será responsable de usos indebidos o divulgaciones no autorizadas una vez entregada la historia clínica.

Cláusula 7 – Aceptación

La presentación de esta solicitud implica la aceptación plena de las cláusulas y condiciones legales expuestas en este documento.

FIRMA DEL PACIENTE / SOLICITANTE

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL CENTRO

Firma: _____

Firma: _____

Fuente original de este documento:

<https://lex-administrativo.com/modelo-solicitud-historia-clinica-dental/>

¿Le resultó útil esta plantilla?

Encuentre más plantillas actualizadas en:

<https://lex-administrativo.com/>

Mas plantillas

Esta plantilla está destinada exclusivamente para uso personal y no comercial.

En caso de distribución o publicación, es obligatorio mencionar la fuente.

Esta plantilla se proporciona únicamente como orientación y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar con un profesional del derecho en cada caso particular.