

DATOS DE LA CLÍNICA		
NOMBRE DENTOESTETIC CENTRO DE SALUD Y ESTETICA DENTAL SL		
DIRECCIÓN		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA

DATOS DE LA PERSONA RECLAMANTE					
N.I.F./ C.I.F. / NIE	NOMBRE		APELLIDOS		
CALLE	NÚMERO	PISO	ESCALERA	PUERTA	
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA		
CORREO ELECTRÓNICO (opcional)	TELÉFONO FIJO (opcional)		TELÉFONO MÓVIL (opcional)		

Conforme al art. 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, **les SOLICITO el acceso a mi Historia Clínica** con petición expresa de los siguientes puntos:

1. **Me faciliten una copia de la totalidad de mi Historia Clínica**, completa, foliada y con índice sobre la misma, por la atención médica prestada desde la primera asistencia y sobre todas las asistencias médicas realizadas; según el art. 15.2 de la mencionada Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la Historia Clínica deberá contener como mínimo:

La documentación relativa a la hoja clínico-estadística, la autorización de ingreso, el informe de urgencia, la anamnesis y la exploración física, la evolución, las órdenes médicas, las hojas de interconsulta, los informes de exploraciones complementarias, el consentimiento informado, el informe de anestesia, el informe de quirófano, el informe de anatomía patológica, la evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería, gráfico de constantes, modelos protésicos e informe clínico de alta.

2. **Me faciliten una copia de cuantas pruebas médicas objetivas y complementarias me hayan realizado** (pruebas radiológicas, analíticas, electrocardiogramas, gasometrías, tomografías axiales computerizadas, ecocardiogramas transesofágicos, aortografías, resonancias magnéticas,

ecografías, ecodoppler, etc... y demás documentos clínicos que guarden relación y contengan datos sanitarios propios), requiriendo la totalidad de las pruebas realizadas.

3. Me faciliten una **copia de la póliza de seguros** que mantenga cobertura de su responsabilidad civil profesional.
4. Igualmente deberá identificarse la figura de los **médicos responsables** en todos y cada uno de los centros donde he sido atendido/a, con nombre y apellidos y número de colegiado/a.

En virtud de lo expuesto, solicito me sea facilitada a la mayor brevedad posible y en cualquier caso, en un plazo no superior a un mes, reservándome el derecho de acudir a la AEPD en caso de que se vulnerase mi derecho de acceso a la información solicitada, así como ante los Organismos competentes en virtud de lo establecido en la ley D.A. 6ª de la ley 41/2002, y por supuesto ante la jurisdicción civil y/o penal.

El presente escrito interrumpe fehacientemente la prescripción de cualquier acción de reclamación por los daños y perjuicios sufridos en virtud de la Ley aplicable al asunto que nos ocupa y expresamente mencionando los artículos 1902 y 1968 del Código Civil.

Asimismo, dejo constancia del interés manifiesto por continuar reclamando, sin dejadez alguna en el ejercicio de los derechos que me asisten.

La documentación solicitada debe ser facilitada en formato: electrónico o papel.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Fdo. _____