



PARTE DE **Bupa**

## Solicitud documentación clínica (Centros Médicos Milenium)

### Datos del paciente

D/Dña.....  
con DNI (Adjuntar fotocopia DNI) ..... Fecha de nacimiento.....  
Domicilio a efectos de notificación.....Nº.....Piso.....  
Localidad.....C.P.....Provincia.....Teléfono.....

### Datos del solicitante (no rellenar si es el paciente)

D/Dña.....  
con D.N.I. (Adjuntar fotocopia DNI).....En calidad de.....Teléfono.....

### Solicita (marque con una X)

Informes (especifique cuales).....

\*Si usted precisa informes de consultas, debe solicitárselos al especialista correspondiente.

Pruebas radiológicas (radiografías, ecografías, etc.).....

Otros.....

### Recuerde

Si usted es el paciente:

- Recuerde llevar consigo **DNI original**.

Si usted es **familiar** o representante legal:

- **Autorización** del paciente en la que haga constar los datos del paciente y los datos de la persona que viene a solicitar la documentación.
- Fotocopia **DNI del solicitante** y fotocopia del **DNI del paciente**.
- En caso de **menor de edad**, fotocopia del **libro de familia**.
- En caso de que el paciente tenga 16 años o más, debe firmar la presente solicitud (LOPD 15/1999).

En caso de solicitar documentación de un **paciente fallecido**:

- Fotocopia del **Libro de Familia / Declaración de herederos / Inscripción en registro parejas de hecho**.
- En caso de que el paciente haya **fallecido fuera del centro/hospital** en el que usted realiza la solicitud, **fotocopia del certificado de defunción o fotocopia hoja de baja del registro civil**.
- Fotocopia DNI del solicitante.

Firma del paciente o solicitante:

Firma del mayor de 16 años:

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

**En un plazo máximo de 30 días desde la recepción de su solicitud, nos pondremos en contacto para dar respuesta a su solicitud.**

Recogemos sus datos con el fin de garantizarle la mejor experiencia en el servicio que precise, ya sea para hacer uso de sus derechos, trasladarnos sus comentarios o prestarle un servicio o asistencia. Nos autoriza a ceder sus datos y a solicitar información a las personas o entidades afectadas o mencionadas por usted en el formulario para poder atender su solicitud. Los datos se conservarán durante -al menos- 5 años y serán responsabilidad de Sanitas S.A. de Hospitales con domicilio social en Madrid, calle Ribera del Loira nº 52. Tiene derecho a acceder, rectificar, suprimir los datos y a otros derechos contemplados en la normativa solicitándolo en el centro médico o en el email [docclinicahosp@sanitas.es](mailto:docclinicahosp@sanitas.es). Puede encontrar más información sobre su privacidad en la página web: <https://www.sanitas.es/rqpd>