



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

CONSULTA DE RESULTADOS ANALÍTICOS

Es de especial importancia que el paciente pueda acceder a la información sobre sus resultados analíticos de acuerdo a la normativa vigente.

1. Los resultados emitidos por el laboratorio de microbiología serán visibles en su historia clínica una vez sean validados. Estos podrán ser visualizados por el médico peticionario tanto de Atención primaria como Especializada.
2. En la aplicación “Click Salud” los ciudadanos, tienen acceso a sus resultados analíticos que le ha solicitado su médico responsable.
3. Los pacientes también tendrán acceso a sus resultados de laboratorio cuando acudan al médico peticionario pudiendo en ese momento solicitar una copia de los mismos y el médico tendrá la obligación de proporcionársela. En caso de que el paciente no solicite los resultados estando en la consulta podrá realizarlo cumplimentando una solicitud al respecto y entregándola en el Servicio de Atención a la Ciudadanía. ANEXO 1(Hoja de solicitud)

No se informarán resultados bajo ningún concepto:

-A un compañero de trabajo, amigo, pareja ó familiar.



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

CONSULTA DE RESULTADOS ANALÍTICOS

ANEXO 1

Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

Nº de registro ARCO
.....

**DERECHO DE ACCESO
a la historia de salud del SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**

SOLICITUD DIRIGIDA AL CENTRO SANITARIO:

Localidad: Provincia:

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos: Nº Doc. identidad:

2. DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)

Nombre y apellidos: Nº Doc. identidad:

Vinculación entre solicitante y paciente: Cónyuge/pareja Hija Padre/madre Otro (especificar)

Autorizo a la persona que consta como solicitante para que actúe en mi nombre, para solicitar y recibir la documentación relativa a mi historia de salud. Firma del paciente

Fecha:/...../.....

3. DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Cód. postal: Correo electrónico:

Teléfonos de contacto:/..... Los datos corresponden a: Paciente Solicitante

4. SOLICITA

Al amparo de la normativa vigente, 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, Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, formular la petición de copia de la documentación relativa a la historia de salud que a continuación se especifica:

Descripción de la documentación solicitada:

Que en caso de que se acuerde dentro del plazo de un mes que no procede, se me comunique motivadamente al amparo del artículo 12.4 del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales de 5 de diciembre de 2018, a fin de que pueda solicitar información y/o la tutela de derechos al Delegado de Protección de Datos (jpd.sspa@juntaandalucia.es) del Servicio Andaluz de Salud, Consejo de Transparencia y Protección de Datos de Andalucía o en su defecto a la autoridad de control nacional. Asimismo, PRESTASU CONSENTIMIENTO para el tratamiento de datos en los términos definidos en la cláusula de protección de datos incluida en este formulario.

En a de de

LA PERSONA PETICIONARIA

Fdo.:

5. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (*)

<input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI, NIE o pasaporte en vigor del paciente.	<input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI, NIE o pasaporte en vigor del solicitante.
<input type="checkbox"/> Fotocopia del certificado de defunción.	<input type="checkbox"/> Fotocopia de la documentación que acredite el parentesco.
<input type="checkbox"/> Fotocopia del documento Judicial de emancipación (en caso de menor emancipado).	
<input type="checkbox"/> Fotocopia de la Sentencia Judicial de otorgamiento de tutoría (en caso de incapacitación).	

En caso de menores con padres divorciados, separados legalmente o en cualquier otra situación tras el cese de la convivencia:

<input type="checkbox"/> Fotocopia de la Sentencia Judicial actualizada que resuelve la situación del menor o de eventuales medidas acordadas.	
<input type="checkbox"/> Declaración jurada de que no existen medidas cautelares de protección del menor.	<input type="checkbox"/> Otra documentación.

(*) Si se presenta el documento original junto a la fotocopia, no es necesario que esta sea computada, condición necesaria en caso de no presentar dicho original



INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

INSTRUCCIONES GENERALES

Se rellenará utilizando letra mayúscula para facilitar la lectura de los datos.

Los apartados que rellenará exclusivamente el paciente o, en su caso, el/la representante, serán los siguientes: 'SOLICITUD DIRIGIDA AL CENTRO SANITARIO', '1. DATOS DEL PACIENTE', '2. DATOS DEL SOLICITANTE', '3. DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN', '4. SOLICITA', '5. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR'

DATOS IMPRESCINDIBLES

La no aportación de alguno de los datos que a continuación se especifican, conllevará la suspensión temporal del procedimiento de tramitación de la solicitud, en tanto no sea subsanada (plazo 10 días hábiles, sin contar los sábados) por el/la paciente o el/la representante (Artículo 22 de la ley 39/2015 de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas).

1. DATOS DEL PACIENTE

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
- Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte en vigor (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir) o, en su defecto NUHSA.

2. DATOS DEL SOLICITANTE (cumplimentar cuando el solicitante no sea el propio paciente)

- Nombre y apellidos (ciudadanos extranjeros, sólo un apellido).
- Documento Nacional de Identidad, Número de Identificación de Extranjero o Número de Pasaporte en vigor (número de DNI/NIE/pasaporte/carné de conducir).
- Vinculación con el paciente (aportar la documentación que justifique la vinculación. En caso de fallecimiento del paciente, aportar también el certificado de defunción).
- Autorización por parte del/la titular de la historia clínica firmada.

3. DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

- Domicilio.
- Localidad.
- Provincia.
- Código Postal.
- Correo electrónico.
- Teléfonos de contacto.
- Los datos corresponden a: (en función de que el domicilio sea del paciente o solicitante).

4. SOLICITA

- Describir la documentación que se solicita lo más concreto y detallado posible.
- Cumplimentar el lugar y la fecha.
- Es imprescindible la firma de la persona peticionaria.

5. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- La preceptiva en cada caso, tal como se indica en el formulario.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales le informamos que:

- El responsable del tratamiento de sus datos es el Servicio Andaluz de Salud.
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para facilitar el ejercicio de los derechos de acceso en relación a los datos de la historia de salud única de Andalucía, cuya base jurídica es el cumplimiento de una obligación legal.
- No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puede consultar información detallada en <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/protecciondedatos>