



# La Historia Clínica

Accesos y usos

# La Historia Clínica. Acceso y usos

RECOMENDACIONES PARA EL  
ACCESO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS  
DE HOSPITALES Y CENTROS  
ASISTENCIALES DEL GRUPO ASISA

Dirección:

Comité Bioética  
Dra. María Tormo

Autora de redacción:

Isabel Jiménez Bautista

Comité de Bioética y Derecho Sanitario:

María Tormo Domínguez (presidenta)  
Mariano Caballero Caballero  
Fernando Bandrés  
Santiago Delgado  
Benjamín Herreros  
Carlos Zarco

---

# La Historia Clínica.

## Acceso y usos

# Índice

<b>MENSAJE DEL PRESIDENTE</b>	4
<b>PRÓLOGO</b>	7
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	11
a. Necesidad institucional	
b. Resumen marco normativo	
- Normativa autonómica	
<b>2. ACCESO POR EL PACIENTE ADULTO</b>	15
<b>3. ACCESO POR PARTE DE MENORES DE EDAD</b>	21
a. Acceso a la historia clínica por menores de 16 años y menores no emancipados	
- Especial referencia al acceso por cónyuges separados o divorciados	
b. Acceso a la historia clínica por menores de 16 años cumplidos	
<b>4. ACCESO POR DISCAPACITADOS</b>	27
a. Mayores de edad incapacitados legalmente	
b. Mayores de edad solteros que viven en compañía de sus padres	
c. Menores de edad incapacitados legalmente	
d. Supuestos de autotutela	
e. Incapaces naturales que carezcan de capacidad de obrar no incapacitados judicialmente	
<b>5. ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA DE PERSONAS FALLECIDAS</b>	33
<b>6. ACCESO POR PARTE DE PROFESIONALES SANITARIOS</b>	39
a. Acceso a la historia clínica por los profesionales por razón de la labor asistencial que desempeñan	

- b. Acceso por los profesionales al soporte en el que se encuentra incorporada la historia clínica
- c. Acceso a la historia clínica por el personal de enfermería

**7. OTROS SUPUESTOS DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA** 47

- a. Acceso por responsables de establecimientos sanitarios de oficinas de farmacia, botiquines, ópticas, ortopedias y establecimientos de audioprótesis
- b. Acceso por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado
- c. Acceso con fines judiciales
- d. Acceso con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia
- e. Acceso con fines administrativos o de gestión o de inspección
- f. Acceso por la Administración Tributaria
- g. Acceso por compañías de seguros
- h. Acceso por Mutuas de Trabajo y Enfermedades Profesionales
- i. Acceso por asistentes sociales que presten servicios en hospitales o centros
- j. Acceso por otros centros u hospitales

**8. REFERENCIA AL DERECHO DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. MÉDICOS JUBILADOS Y CESE DE ACTIVIDAD DEL CENTRO U HOSPITAL. EXPURGO DE LA HISTORIA CLÍNICA** 61

**9. ANEXOS. INFORMACIÓN GENERAL Y PROPUESTA DE MODELOS DE SOLICITUD** 67



## MENSAJE DEL PRESIDENTE

Estimados amigos:

Como presidente de Asisa, entidad aseguradora sanitaria líder en nuestro país, y médico, tengo la gran satisfacción de presentar esta publicación dedicada a los Usos y Acceso a la Historia Clínica, sin duda, el documento médico legal más importante derivado de nuestra actividad profesional. Pero además, la historia clínica, en combinación con otros sistemas de información propios del ámbito asistencial, hospitalario o de consultas, se ha convertido, en los últimos años, en un recurso que aporta información para la Gestión y Administración de cualquier sistema sanitario, y por tanto, debe ser utilizado, por supuesto sin menoscabo de los derechos de las personas que intervienen en el proceso asistencial, para la mejor y más eficiente utilización de los recursos disponibles para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Los médicos estamos preparados para afrontar dificultades asistenciales y científicas pero, también, a menudo, en el desarrollo de nuestra actividad asistencial, debemos de enfrentarnos con dilemas éticos y dudas de carácter legal que no podemos resolver en solitario. Aspectos relacionados con la custodia de la historia y el acceso a su contenido en diferentes supuestos, son algunos ejemplos ilustrativos del contenido de este libro. Publicación que, por su formato, claridad y carácter fundamentalmente práctico, debe ser, sin ninguna duda el Manual de Buenas Prácticas en el acceso y uso de la Historia Clínica en los Hospitales, Clínicas, y centros sanitarios del Grupo Asisa, y por tanto de obligado cumplimiento en todos ellos, por razones obvias, para la garantía clínica y legal de nuestras instituciones, profesionales y pacientes, a los que sin duda nos debemos. Continuamos de este modo con la línea editorial emprendida hace ya unos cuantos años, alentada siempre por la voluntad última de facilitarte, en la medida de nuestras posibilidades, tu actividad asistencial.

Sirva, además, este mensaje para rendir un tributo de admiración y respeto hacia mis compañeros de profesión y remarcar el compromiso con el que asumo, todos los días, la presidencia de esta gran empresa de médicos, que no es otro sino el de contribuir al ejercicio de la profesión médica en España.

Por último, mi más cordial felicitación a todos los integrantes del Comité de Bioética y Derecho Sanitario de Asisa, y muy especialmente a la Dra. María Tormo, a D. Mariano Caballero y a Dña. Isabel Jiménez por la labor realizada y mi más sincero agradecimiento por poner a nuestra disposición esta magnífica guía práctica.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'F. Ivorra', with a stylized flourish at the end.

Fdo. Dr. D. Francisco Ivorra Miralles  
Presidente de Asisa y de Lavinia





# | PRÓLOGO

El Comité de Bioética y Derecho Sanitario creado por Lavinia-Asisa en el año 2008, por mandato de la Asamblea General de la cooperativa, surge con una clara vocación de servicio a todos los integrantes de su cuadro médico y profesionales de su red de hospitales y centros sanitarios.

Entre las funciones reglamentarias del mismo, se encuentran la propuesta de protocolos de actuación para aplicar en aquellas situaciones que, por su mayor frecuencia o gravedad, pudieran generar conflictos éticos y legales en el ámbito de actuación de los profesionales sanitarios, así como la promoción de la formación y la reflexión de los mismos en bioética y en derecho sanitario.

En consecuencia, atendiendo a la vocación y funciones señaladas así como a las consultas que a lo largo de este período de tiempo el Comité ha debido de atender, se ha considerado conveniente recoger en un monográfico, las recomendaciones en materia de acceso y usos de la historia clínica para ponerlas a disposición de sus profesionales. Se encargó la dirección del proyecto a la Directora de Planificación de Asisa, la Dra. María Tormo, consistente en la elaboración de un documento base y la celebración de una jornada científica para presentarlo y poder debatir su contenido, con profesionales asistenciales y expertos de reconocida experiencia en esta materia, para la posterior difusión de sus conclusiones a toda nuestra organización.

Ese documento final es el que tengo el honor de prologar, manifestando al hacerlo una triple satisfacción: la que proporciona el tener la certeza de que Asisa presta un servicio valioso a sus profesionales y asegurados que, sin duda, redundará en la mejor relación médico-paciente, la que procede de un trabajo minucioso y riguroso en una materia tan sensible y, quizá la más ambiciosa, la que traduce el compromiso institucional de adentrarse en proyectos editoriales que ayuden a Asisa a remarcar sus señas de identidad.

Debo agradecer a todos los integrantes del Comité de Bioética y Derecho Sanitario el trabajo que han realizado, muy especialmente a Doña Isabel Jiménez, letrada de la Dirección de los Servicios Jurídicos de Asisa, por su aportación a la elaboración del presente documento, en la confianza de que las recomendaciones del mismo recogidas en esta publicación, serán de gran ayuda a todos los miembros de Asisa en el ejercicio de su profesión.



Fdo. Dr. D. Enrique de Porres Ortiz de Urbina  
Consejero Delegado de Asisa



# 1

## INTRODUCCIÓN

La historia clínica constituye el documento médico-legal más importante dentro de la actividad asistencial, ya que en ella se contienen los datos, información y valoraciones clínicas sobre la situación y evolución de un paciente a lo largo de su proceso asistencial, así como de la relación del personal sanitario con el paciente y, en definitiva, de todas las actuaciones médico-sanitarias que tengan que ver con su salud, siendo su finalidad primera y última la de proporcionarle una adecuada asistencia.

Una de las cuestiones que mayor interés práctico se suscita sobre la historia clínica, es la que se refiere a su acceso. Ello obedece a las múltiples implicaciones que afectan a los derechos de los pacientes y a las obligaciones legales de los profesionales que intervienen en su elaboración.

## **a. Necesidad institucional**

La práctica asistencial ha venido a poner de manifiesto que si bien la normativa reguladora del derecho de acceso a la historia clínica representa el marco de obligada referencia, hay muchos factores que evidencian la insuficiencia del mismo. En primer lugar, por la falta de previsión de muchas de las situaciones que se presentan en la práctica cotidiana, de tal manera que en ocasiones nos encontramos sin una respuesta concreta a algunas de las cuestiones que la propia realidad plantea y, en segundo término, porque dicha realidad demuestra que el Derecho por sí solo no ofrece en determinados casos una garantía absoluta de cara al respeto a la protección de la esfera íntima de los pacientes, siendo por ello necesario adoptar determinadas cautelas.

## **b. Resumen marco normativo**

El punto de partida normativo en esta materia lo constituye el artículo 43 de la Constitución y la Ley General de Sanidad de 1986, que dedica unos escasos preceptos a los derechos de los pacientes en relación a la información y documentación clínica.

De manera paralela, la Ley General de Sanidad ha sido objeto de algunas matizaciones y ampliaciones por otro tipo de normas, de distinto tipo y rango, entre la que debe destacarse la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Posteriormente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de los Derechos de los Pacientes en materia de Información y Documentación Clínica, ha venido a modificar parcialmente la Ley General de Sanidad, adaptando la misma, con el objetivo de aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias.

La propia Exposición de Motivos de la misma indica que su finalidad es la de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínica, las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado.

## - Especial referencia al marco normativo autonómico

Tabla de la Legislación en las diferentes Comunidades Autónomas

Com. Autónoma	Ley / Decreto
<b>NACIONAL</b>	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.
<b>ARAGÓN</b>	Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud.
<b>ANDALUCÍA</b>	Ley 2/1998 de 15 de junio de Salud.
<b>ASTURIAS</b>	Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
<b>BALEARES</b>	Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears.
<b>CANARIAS</b>	Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos.
<b>CANTABRIA</b>	Ley 7/2002, 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria
<b>CASTILLA-LA MANCHA</b>	Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.
<b>CATALUÑA</b>	Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente.
<b>EXTREMADURA</b>	Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente.
<b>GALICIA</b>	Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.
<b>LA RIOJA</b>	Ley 2/002, de 17 de abril, de Salud.
<b>MADRID</b>	Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
<b>MURCIA</b>	Ley 4/1994, de 26 de julio de salud.
<b>NAVARRA</b>	LEY FORAL 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.
<b>PAÍS VASCO</b>	DECRETO 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.
<b>VALENCIA</b>	Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana.





# 2

## ACCESO POR EL PACIENTE ADULTO

Al acceso del paciente a su historia clínica se refiere el artículo 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, otorgándole la posibilidad de dicho acceso a la documentación que conforma su historial y a obtener copia de los datos que figuren en el mismo, quedando a cargo de los centros sanitarios la regulación del procedimiento que garantice la observancia de dicho derecho.



Hospital La Vega. Murcia

El derecho de acceso del paciente a su historia clínica se ostenta por el mismo frente al centro sanitario bajo cuya custodia están las historias clínicas.

La obligación de custodia de las historias clínicas, se concibe por la Ley 41/2001, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (de ahora en adelante LAP) como un derecho del paciente, al establecer en su artículo 19 que: *“El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas”,* así como que *“dicha custodia permitirá la recogida de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley”* (Usos de la historia clínica).

En el caso de aquellos profesionales que desarrollan su actividad a título meramente privado o particular, los cuales son responsables de la documentación clínica que generen, el derecho de acceso se ejercerá ante los mismos.

No obstante, siendo cada vez más habitual el hecho de que el profesional que desarrolla su actividad a título meramente individual o privado, desempeñe su actividad en un centro hospitalario, lo que conlleva la utilización por parte del mismo de determinados servicios propios de aquél, tales como quirófanos, equipamiento tecnológico para pruebas diagnósticas, etc., la práctica habitual viene a imponer que, en evitación de eventuales problemas de cara al ejercicio del derecho de acceso por los pacientes, el centro deba guardar bajo su custodia y archivo la documentación correspondiente a los procesos en los que el profesional privado ha intervenido como consecuencia de su actividad.

El derecho del paciente a la documentación que conforma su historia clínica, no puede ejercitarse:

- En perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de los datos que

constan en ella, recogidos en interés terapéutico del paciente (por ejemplo, datos aportados por el cónyuge del paciente relativos a su esfera íntima o a su vida sexual que han podido contribuir al diagnóstico por parte del médico).

- En perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponerse al derecho de acceso del paciente invocando la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas.

Sobre las anotaciones subjetivas, que la LAP no define, pero que la propia Agencia Española de Protección de Datos (a partir de ahora AEPD) ha calificado como *“aspectos subjetivos, derivados de apreciaciones meramente personales y no sustentadas objetivamente en datos clínicos”*, es importante hacer referencia a la normativa autonómica más reciente en esta materia; concretamente, al Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, del País Vasco, que da un paso más allá con respecto no solo a lo dispuesto en la LAP, sino también a lo recogido en el resto de la normativa de las CC.AA, al hacer referencia no solo a las anotaciones subjetivas de los profesionales, sino también a los datos que afecten a la intimidad de las personas, a los que tengan que ver con sospecha de malos tratos y, en general, a toda aquella información que no haya sido facilitada al paciente debido a un estado acreditado de necesidad terapéutica.

En tales casos, el citado Decreto impone que **tales datos deberán quedar claramente identificados** respecto del resto de la información contenida en la historia clínica, todo ello con el fin de facilitar su disociación cuando ésta sea precisa.

Sobre las anotaciones subjetivas, que la AEPD no define, esta agencia ha insistido en que los profesionales de la salud y los centros sanitarios deben esforzarse en delimitar claramente los aspectos subjetivos, derivados de

apreciaciones meramente personales y no sustentadas objetivamente en datos clínicos, del resto de la información obrante en el historial médico del paciente sin menoscabo de la integridad de dicho historial.

La determinación de estas anotaciones no puede conducir nunca a una extensión indebida del derecho de reserva del médico, dado que dicha práctica, además de suponer una excepción del derecho de acceso a la historia clínica, podría impedir el conocimiento por el afectado de determinados datos que han influido sustancialmente en su diagnóstico y tratamiento médico.



# 3

ACCESO  
POR PARTE  
DE PACIENTES  
MENORES  
DE EDAD



Clínica Vista Hermosa. Alicante



## a. Acceso a la historia clínica por menores de 16 años y menores no emancipados

Refiriéndonos a los menores no emancipados, es decir, a la persona de menos de 18 años cumplidos, la regla general que puede extraerse, a la vista de lo dispuesto en la LAP, es que:

Deben ser informados si sus condiciones de madurez así lo permiten.

En cuanto a la información a facilitar a los menores de edad, debe decirse que la LAP, no se refiere exactamente al tipo de información que puede ser proporcionada a los mismos.

Sin embargo, si nos atenemos al articulado de la Ley, parece que la pretensión del legislador es asimilar esta situación a los casos de incapacidad en los que el paciente debe ser informado de modo adecuado a sus capacidades de comprensión, aunque se deba cumplir también con el deber de informar a sus representantes legales.

La representación legal de los menores no emancipados se ejercerá por los padres que ostenten la patria potestad, con la excepción de aquellos actos relativos a los derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo.

Los derechos de la personalidad se definen como el poder que el ordenamiento jurídico concede a la persona, para la autoprotección de los intereses más inherentes a la misma, en su aspecto tanto material (vida, integridad física), como moral (honor, intimidad o imagen).

Lo que debe quedar patente es que la necesidad de informar al menor de edad no significa que éste pueda, por sí mismo, prestar personalmente su consentimiento.

Sin embargo, la LAP, es favorable a la prestación del consentimiento por el menor, siempre que sea capaz intelectual y emocionalmente para comprender el carácter de la intervención. Sólo, en caso contrario, el consentimiento deberá ser prestado por el representante legal del menor, al que se deberá escuchar, siempre en el caso de que tenga 12 años cumplidos.

## **Especial referencia al acceso por cónyuges separados o divorciados**

La separación, la nulidad y el divorcio no eximen a los padres de sus obligaciones para con los hijos (art. 92 Código Civil).

En el supuesto de que ambos cónyuges ostenten la patria potestad, que constituye el supuesto normal, pero no existan buenas relaciones entre ambos o incluso discrepancias, que puedan dar lugar a impedimentos por parte del cónyuge que ostente la custodia del menor al acceso a la historia clínica de éste por el otro progenitor:

- 1.- El progenitor no custodio deberá solicitar la información sanitaria de su hijo mediante escrito dirigido a la dirección o gerencia del centro, aportando copia fehaciente de la sentencia judicial de separación, divorcio o nulidad en la que conste el mantenimiento de la patria potestad compartida (La sentencia podrá sustituirse por certificación del Juzgado que dictó la sentencia).
- 2.- De la solicitud se dará traslado al otro progenitor para que en un plazo de 10 días alegue lo que estime oportuno, indicándosele que puede tener conocimiento de la sentencia o certificación aportada por el solicitante, al objeto de que pueda advertir sobre cualquier modificación referida a la patria potestad.

Igualmente, se le advertirá de que deberá notificar las modificaciones que sobre la patria potestad pueda dictar el Juzgado al efecto de continuar o no con la información al progenitor no custodio.

3.- Una vez comprobado que no hay modificación sobre la patria potestad, se aplicará lo que el Juez haya dictaminado al respecto.

Si la patria potestad es compartida, se aportará copia de los informes de asistencia, cuya entrega se hará personalmente en el Centro previa comprobación de la documentación aportada por el progenitor o representante debidamente acreditado.

## **b. Acceso a la historia clínica por menores de 16 años cumplidos y menores emancipados**

En los supuestos de personas que tengan ya 16 años cumplidos, se excluye expresamente la prestación del consentimiento por sustitución, al presumirse que tienen capacidad de entender y de querer.

La razón es que la LAP considera los 16 años como la edad suficiente para que los menores, no incapacitados, puedan prestar consentimiento para cualquier actuación en el ámbito de su salud, salvo que se trate de actuaciones que comporten un riesgo grave, según el criterio del facultativo, en cuyo caso se informará a los padres o tutores y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

En cuanto a los menores emancipados, cuya capacidad está a mitad de camino entre la que tiene el menor no emancipado y el mayor de edad, respecto de los que el Código Civil establece que la emancipación habilita al menor para regir su persona y bienes como si fuera mayor, se les aplica el mismo régimen señalado que a los menores que tengan 16 años cumplidos.



# 4

## ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES DISCAPACITADOS



Clínica N.º 5ª del Perpetuo Socorro. Lleida

En el acceso a la historia clínica por parte de discapacitados, es preciso distinguir varios supuestos:

### **a. Adultos incapacitados legalmente**

En lo que se refiere a la información que debe proporcionarse a los adultos incapacitados legalmente, es decir aquellas personas que hayan sido declaradas incapaces en virtud de sentencia, habrá que atenerse a lo que disponga la sentencia.

Por otra parte, si en la demanda de incapacitación se solicitó el nombramiento de la persona o personas que hubieran de asistir o representar al incapaz, en la propia sentencia en la que se declare la incapacitación, se procederá al nombramiento de tales personas.

En estos supuestos, la LAP dispone que la información deberá proporcionarse, además de al paciente (de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión), a su representante legal.

### **b. Adultos solteros que viven en compañía de sus padres**

Lo mismo cabe decir respecto de la incapacitación de aquella persona mayor de edad, soltera, que vive en compañía de sus padres. En este supuesto, en lugar de nombrar tutor, lo procedente será rehabilitar la patria potestad, que será ejercida por quien correspondiera, si fuera menor de edad.

Los titulares de la patria potestad rehabilitada son los representantes legales de su hijo incapacitado, por lo que deben ser informados y, en su caso, otorgar el consentimiento por sustitución.

### **c. Menores de edad incapacitados legalmente**

Tratamiento parecido deben los supuestos de incapacitación de menores de edad, pues pese a que actuarán como representantes legales los titulares de la patria potestad, se permite su incapacitación mientras dura su minoría de edad en aquellos supuestos en los que la causa de la incapacitación va a persistir en el futuro.

De este modo, se evita que estas personas, cuando cumplan la mayoría de edad, salgan de la patria potestad, se sometan a un procedimiento de incapacitación y tengan que ser sometidas nuevamente a representación legal.

### **d. Supuestos de autotutela**

Asimismo, debe hacerse mención a la autotutela, supuesto que permite el Código Civil, según el cual, cualquier persona con capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá mediante documento público notarial, adoptar cualquier disposición relativa a su persona o bienes, incluido el nombramiento o designación de tutor.

### **e. Incapaces naturales que carezcan de capacidad de obrar no incapacitados judicialmente**

Finalmente, pueden plantearse aquellas situaciones en las que se encuentran los incapaces naturales que carezcan de modo permanente de dicha aptitud sin que hayan sido incapacitados judicialmente y aquellos otros pacientes con capacidad de obrar que, de modo circunstancial o puntual, carezcan de la aptitud para entender el contenido de la información en ese momento (por ejemplo, estado de coma o de inconsciencia).



Estos supuestos estarían encuadrados en aquellos a los que se refiere la LAP, cuando el paciente, según el criterio del médico que le atiende, no se encuentre en condiciones de comprender la información, a causa de estado físico o psíquico, dicha información será proporcionada a las personas vinculadas al mismo, por razones familiares o de hecho.

Para concluir los supuestos de acceso a la historia clínica de pacientes discapacitados, debe hacerse obligada referencia a la *Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, cuyo artículo 7, ha venido a modificar la LAP (concretamente, el artículo 9.5), en los siguientes términos:

“La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal.

El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. *Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.»*



# 5

## ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA DE PERSONAS FALLECIDAS



Policlínico San Carlos. Denia, Alicante

La LAP sólo permite dicho acceso igualmente a las personas vinculadas al mismo por razones familiares o de hecho, salvo que conste la voluntad expresa del paciente en contra y así se acredite.

La AEPD en su informe 171/2008 indica que la referencia efectuada por la LAP a las personas vinculadas a los fallecidos “por razones familiares o de hecho”, debe ponerse en relación con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, reguladora de la protección civil de los derechos fundamentales al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, que establece lo siguiente:

- “1. El ejercicio de las acciones de protección civil del honor, la intimidad o la imagen de una persona fallecida corresponde a quien ésta haya designado a tal efecto en su testamento. La designación puede recaer en una persona jurídica.*
- 2. No existiendo designación o habiendo fallecido la persona designada, estarán legitimados para recabar la protección el cónyuge, los descendientes, ascendientes y hermanos de la persona afectada que viviesen al tiempo de su fallecimiento.*
- 3. A falta de todos ellos, el ejercicio de las acciones de protección corresponderá al Ministerio Fiscal, que podrá actuar de oficio o a instancia de persona interesada, siempre que no hubieren transcurrido más de ochenta años desde el fallecimiento del afectado. El mismo plazo se observará cuando el ejercicio de las acciones mencionadas corresponda a una persona jurídica designada en testamento.”*

La interpretación más extensiva de dicho precepto permitiría a lo sumo, entender ampliado el ámbito previsto en sus apartados 1 y 2 a las personas que mantuvieran con el fallecido una relación de hecho similar a la derivada del

matrimonio así como a los herederos del fallecido que aún no siendo designados expresamente por aquél en su testamento, pretendiesen el ejercicio de las acciones a las que se refiere la mencionada Ley.

De este modo, una interpretación del artículo 18.4 de la LAP coherente con el contexto normativo en el que la misma fue aprobada permitiría el ejercicio del derecho de acceso a la historia clínica del fallecido por parte de su cónyuge o persona vinculada con aquél por una relación de hecho similar, ascendientes y descendientes, así como las personas que hubieran sido designadas por el fallecido para ejercer las acciones a las que se refiere la Ley Orgánica 1/1982 y, en última instancia, sus herederos que además se encontrasen vinculados a aquél por relaciones familiares o de hecho análogas a la familiar.

En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica de una persona fallecida, que esté motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes (por ejemplo, VIH). No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

En tales casos, dicho acceso se someterá a los mismos límites que los previstos para el acceso por parte del propio paciente a su historia clínica.

Hay que tener en cuenta que la ley no exige, a las personas que pueden tener acceso a la historia de un paciente fallecido, motivación o justificación alguna a la hora de realizar la petición.

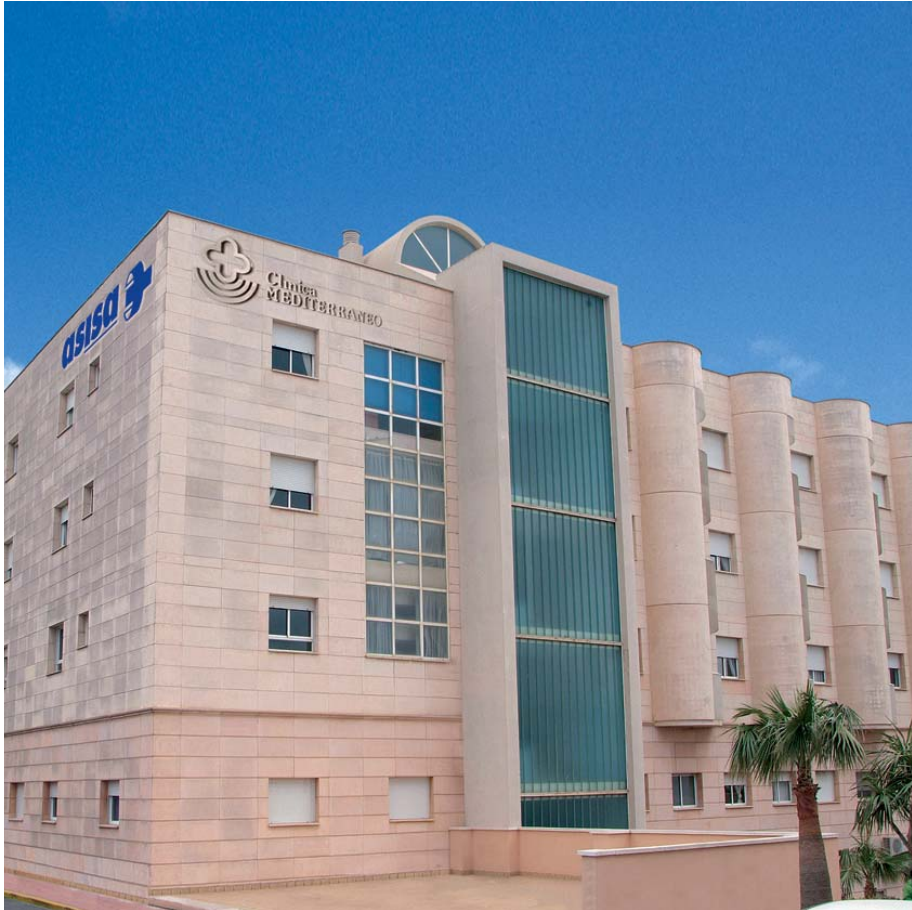






6

ACCESO POR  
PARTE DE  
PROFESIONALES  
SANITARIOS



Clínica Mediterráneo. Almería

De la lectura de la LAP, se desprende claramente la doble perspectiva en lo referente al acceso a la documentación clínica por parte de los profesionales sanitarios:

- la de su legitimación para acceder por razón de su vinculación asistencial con el paciente al que atiende o ha atendido.
- la que le viene impuesta por derivación de la labor asistencial que desarrolla, consistente en incorporar en el soporte correspondiente la información que considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, lo que implica al mismo tiempo el derecho del paciente a que quede constancia de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales.

### **a. Acceso a la historia clínica por los profesionales por razón de la labor asistencial que desempeñan**

La posibilidad de que el profesional que realiza el diagnóstico o el tratamiento del paciente acceda a su historia clínica, se contempla expresamente por la LAP.

Sin embargo, debe matizarse que no todos los profesionales sanitarios, ni siquiera todos los facultativos, están autorizados a acceder a cualquier historia clínica, sino únicamente a las de los pacientes que tratan, y solo con fines asistenciales.

### **b. Acceso por los profesionales al soporte en el que se encuentra incorporada la historia clínica**

Siendo fundamental el respeto al carácter confidencialidad de los datos de

salud, resulta necesario que por parte de los centros sanitarios se adopten las medidas que procedan en orden a garantizar la intimidad de los pacientes y que establezcan los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

Para ello, resulta esencial la regulación contenida en el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (a partir de ahora LOPD), reseñando, como punto de partida que el deber de control, gestión y seguridad de los datos y tratamientos de los ficheros en los que se contiene la documentación clínica, compete al centro sanitario y al profesional independiente en el caso del ejercicio privado individual.

Ello implica la obligación para el responsable del fichero de dar cumplimiento a todas las obligaciones que impone el Reglamento para garantizar la seguridad de los datos, cumpliendo las medidas que impone el documento de seguridad, la decisión sobre los tratamientos y los accesos y la responsabilidad por los incumplimientos y daños que se puedan producir.

Esa situación conlleva una previa definición por el responsable del centro u hospital de las funciones y obligaciones de cada uno de los profesionales para determinar las respectivas autorizaciones de acceso a los datos de salud de los pacientes.

Todo esto impone que los profesionales sanitarios podrán consultar la historia clínica en la medida en que se justifique por sus cometidos.

En definitiva, el responsable del fichero habrá de evitar que un profesional pueda acceder a recursos distintos a los autorizados. Para conseguir estos objetivos, resulta indispensable la existencia de un mecanismo dentro del sistema de historia clínica electrónica que permita la identificación de forma inequívoca

y personalizada de todo profesional sanitario que intente acceder a la misma y que verifique que está autorizado.

En el caso de que la historia clínica se encuentre incorporada a un soporte electrónico, deberá guardarse y quedar reflejado, de cada intento de acceso, como mínimo, la identificación del profesional, la fecha y hora en que se realizó, la parte de la historia, el tipo de acceso y si ha sido autorizado o denegado, conservándose al menos durante dos años.

El responsable de seguridad controlará esta información y elaborará un informe mensual, en el que queden detallados todos los problemas detectados en las revisiones. Dicho informe no será necesario si el responsable del fichero es una persona física que garantice que únicamente él tiene acceso a los datos personales.

La Recomendación 2/2004 de la APDCM (Agencia de Protección de Datos Comunidad de Madrid) establece que en la Unidad de Admisión y Documentación Clínica del centro sanitario debería constar una relación detallada de todo el personal con posibilidad de acceso a las historias clínicas. Dicha relación debe hacerse de forma nominativa y por perfiles profesionales, diferenciando entre el personal profesional sanitario y el personal administrativo y definiendo qué documentos son accesibles a ambos tipos de personal. A estos efectos, se recomienda que toda la documentación clínica que forma parte del contenido de la historia clínica se archive separadamente de toda la documentación administrativa. Siempre hay documentos clínicos que necesitan ser consultados por las unidades de facturación, para validar la existencia de una actividad o de un determinado consumo. En estos casos, lo razonable es que el personal autorizado de los Servicios de Documentación acceda a la historia y sea el responsable de validar la información.

### **c. Acceso a la historia clínica por el personal de enfermería**

En su condición de personal sanitario, dicho acceso siempre será posible y deberá llevarse a cabo con la finalidad de “garantizar una asistencia adecuada al paciente” y en tanto los datos de la historia constituyan un “instrumento fundamental para su adecuada asistencia” en cada caso concreto.

No siendo posible fijar una regla aplicable a todos los supuestos, el Informe nº 656/2008 de la AEPD, establece que únicamente sería razonable establecer una regla mínima, en cuya virtud el personal de enfermería podrá acceder como mínimo a la información obtenida en relación con el proceso asistencial o la hospitalización concreta y aquella anterior que se haya considerado relevante para la adecuada asistencia, debiendo en todo caso interpretarse el acceso en los términos que resulten más beneficiosos de cara a lograr la mejor asistencia sanitaria del paciente.







# 7

## OTROS SUPUESTOS DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA



Clínica Los Naranjos. Huelva

### **a. Acceso por responsables de establecimientos sanitarios de oficinas de farmacia, botiquines, ópticas, ortopedias y establecimientos de audioprótesis**

Por la novedad que representa en cuanto a los sujetos legitimados para el ejercicio del derecho de acceso a las historias clínicas, debe hacerse referencia a los responsables de establecimientos sanitarios de oficinas de farmacia, botiquines, ópticas, ortopedias y establecimientos de audioprótesis, a los que no menciona la LAP, pero sí la normativa autonómica más reciente, como es el caso del Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, del País Vasco, cuyo artículo 14.4, encuadrado dentro de los procedimientos de tratamiento y cesión de información con otras finalidades sanitarias, se refiere a dichos profesionales, al señalar que: *“Los profesionales de la salud responsables de los establecimientos sanitarios de oficina de farmacia, botiquines, ópticas, ortopedias o establecimientos de audioprótesis podrán tener acceso a la información clínica pertinente y necesaria en cumplimiento de sus obligaciones de cooperación en el seguimiento de los tratamientos médicos o facultativos. En estos casos se contactará con los profesionales sanitarios encargados del tratamiento, de los que dependerá la entrega o transmisión justificada de información, dejando constancia de la misma”.*

### **b. Acceso por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado**

Este supuesto no está contemplado específicamente en la LAP. La Ley Orgánica de Protección de Datos, en su artículo 22.2, dispone textualmente que: *“la recogida y tratamiento de datos de carácter personal por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para fines policiales, sin consentimiento de las personas afectadas, está limitada a aquellos supuestos y categorías de datos que resulten necesarios para la prevención de un peligro real para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales”.*

El citado artículo habilita a los miembros de la Policía Judicial para la obtención y tratamiento de los datos requeridos, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que quede debidamente acreditado que la obtención de los datos resulta necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales y que, tratándose de datos especialmente protegidos, sean absolutamente necesarios para los fines de una investigación concreta.
- b) Que se trate de una petición concreta y específica, al no ser compatible con lo señalado anteriormente, el ejercicio de solicitudes masivas de datos.
- c) Que la petición se efectúe con la debida motivación, que acredite su relación con los supuestos que se han expuesto.
- d) Que, en cumplimiento del artículo 22.4 de la LOPD, los datos sean cancelados “cuando no sean necesarios para las averiguaciones que motivaron su almacenamiento”.

Con referencia a la última de las conclusiones señaladas, debe indicarse que, tratándose de actuaciones llevadas a cabo en el ámbito de las competencias consagradas en el apartado a) del artículo 445.1 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, la Policía Judicial se encuentra obligada a dar cuenta de los hechos a la Autoridad Judicial y Fiscal de forma inmediata.

### **c. Acceso con fines judiciales**

El acceso a la Historia Clínica con fines judiciales está vinculado con otro derecho,

el de tutela judicial efectiva, que tiene el mismo nivel de derecho fundamental que el derecho a la intimidad.

El criterio general aparece recogido en el artículo 16.3 de la LAP, donde se establece el acceso a la Historia Clínica con fines judiciales, que **obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial**, de manera que como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

Se exceptúa de la obligación general de anonimización los “supuestos de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de datos identificativos con los clínicos-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente”. Hay, por tanto, una obligación de colaboración con la Administración de Justicia.

Por su parte, la LOPD, en el artículo 11.2.d) exceptúa de la regla general del consentimiento del interesado los supuestos en los que “la comunicación que deba efectuarse tenga por destinatario ... los Jueces y Tribunales... en el ejercicio de las funciones que tienen atribuidas”.

El criterio general en este supuesto es el de la **proporcionalidad**, esto es, debe aportarse al juzgado que lo solicite aquello que sea imprescindible para resolver el asunto de que se trate, ya que en la historia clínica pueden haber datos incorporados no relacionados con el asunto y cuyo conocimiento no sería preciso por la autoridad judicial.

La AEPD, en su Informe 36/2004, estimó que, con carácter general, siempre que una autoridad judicial considere necesaria la aportación de datos contenidos en una Historia Clínica, en los términos que el propio órgano determine, será necesario aportar dichos documentos y que, en consecuencia, la decisión del

centro de no facilitar dicha información o facilitarla parcialmente, resultaría contraria a lo dispuesto en el artículo 118 de la Constitución, a cuyo tenor *“Es obligado cumplir las sentencias y demás resoluciones firmes de los Jueces y Tribunales, así como prestar la colaboración requerida por éstos en el curso del proceso y en la ejecución de lo resuelto”*.

La realidad es que la documentación que conforma la historia clínica de un paciente, puede ser solicitada por la Administración de Justicia en las dos situaciones siguientes:

- 1.- En un procedimiento de diligencias preliminares de juicio, con el propósito de averiguar determinados datos que se consideran necesarios objetivamente para preparar la demanda del proceso posterior y fundamentar la petición que se formula en la misma.

En este supuesto, será necesario que la petición judicial venga motivada y concrete los documentos de la Historia Clínica que sea preciso conocer para su actuación e investigación, procediéndose por el Centro a remitir un escrito al Juzgado, cuyo formulario se adjunta como anexo V a este documento de directrices, con el fin de que detalle qué parte de la historia clínica precisa.

Una vez que se reciba la contestación del Juzgado, el Centro enviará una copia de la documentación solicitada o facilitará el acceso dentro del propio Centro.

- 2.- En fase de diligencias previas o durante la instrucción del sumario en un proceso penal (por ejemplo, para la instrucción del forense, para conocer las circunstancias de un fallecimiento, en los supuestos de falsedad de documentos, imprudencia profesional, etc.).

En este ámbito penal, parece uniforme la doctrina que aboga por entregar

al Juzgado la parte de la historia clínica que solicite o bien, el historial completo, sin pedirle en este último caso qué concrete los documentos que realmente precisa, pues se afirma que es la única manera de conseguir una igualdad de oportunidades entre las dos partes litigantes, además de que, en el ámbito penal –a diferencia del proceso civil- se encuentra en juego el interés público.

#### **d. Acceso con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia**

El uso de la historia clínica con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia viene regulado tanto en la LOPD, como en la Ley General de Sanidad como en la LAP.

La LAP prevé el acceso a la Historia Clínica con los fines señalados, **obligando a preservar los datos de identificación personal del paciente, separándolos de los de carácter clínico-asistencial**, con el fin de quede asegurado el anonimato, excepto en aquellos casos en los que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

Por su parte, el artículo 11 LOPD permite el acceso con estos fines sin exigir que el paciente preste su consentimiento para ello, pero de manera única y exclusiva a las Administraciones Públicas.

#### **e. Acceso con fines administrativos, de gestión o de inspección**

Para que sea legítimo este acceso, el personal con funciones administrativas ha de circunscribirse exclusivamente a los datos que precise para el desempeño

de sus funciones, sin que pueda tener a su alcance aquellos datos confidenciales que no le resulten necesarios para el desarrollo de sus cometidos.

Teniendo en cuenta que la LAP no se refiere de manera expresa al entramado de cada organización sanitaria, se obliga de manera implícita a los responsables del centro a establecer diferentes niveles de acceso en atención a las funciones que desempeñen las personas que tengan que acceder a las historias clínicas con fines distintos de los asistenciales.

La LAP también autoriza el acceso a la historia clínica por parte del personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración Sanitaria.

## **f. Acceso por la Administración Tributaria**

Acudiendo tanto a la Ley General Tributaria como a lo dispuesto en la LAP, podría concluirse que no existe una Ley que permita la comunicación a la Agencia Tributaria de las historias clínicas de los pacientes, puesto que:

No es información que revista trascendencia tributaria

Por ello, en principio, sólo se podría ceder esta información, de conformidad con lo dispuesto en la LOPD (art. 7.3), con el consentimiento expreso del paciente. Sin embargo, la reciente Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de enero de 2011, ha dado un giro radical en esta cuestión y se muestra tajante a la hora de señalar que los órganos de inspección de Hacienda pueden solicitar información sobre los clientes de las empresas sin que para ello sea necesario que esa información



esté vinculada a inspecciones o comprobaciones sobre la situación tributaria de la propia empresa ni de esos clientes.

La misma sentencia indica que “no se produciría un quebrantamiento de la confidencialidad” y que, además, el interés público demanda la inmediata cumplimentación de los requerimientos de información.

En garantía del cumplimiento de las obligaciones impuestas por la LOPD, la Sentencia del Tribunal Supremo especifica que la Agencia sí que está sujeta al:

- Cumplimiento del principio de calidad de los datos, lo que significa que los datos deber ser adecuados a la finalidad que justifica su obtención.
- Cumplimiento de que los datos solicitados no sean excesivos para la finalidad que motiva dicha obtención.

Finalmente, de acuerdo con la citada sentencia, aunque la Administración está exceptuada de la obligación general de requerir el consentimiento del interesado, no queda relevada del deber de información establecido en el art. 5 LOPD, con arreglo al cual, al tiempo de la obtención de los datos, deberá informar al interesado de la existencia de un fichero y de las posibilidades de ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación.

## **g. Acceso por compañías de seguros**

La posibilidad de que la compañía aseguradora obligada al pago de la prestación asistencial pueda conocer los datos de los pacientes sin prestar su consentimiento en cada caso concreto y que esa información se la proporcione el servicio público de salud o el centro asistencial privado que haya prestado la atención sanitaria correspondiente se contempla en los informes de la Agencia

Española de Protección de Datos nº 526/2003 (Centros Sanitarios Públicos) y 359/2002 (Centros Sanitarios Privados).

De ambos informes puede concluirse que para que las compañías puedan acceder a la información asistencial que conste en los centros, se precisará contar con el consentimiento del interesado en el momento de suscribir la póliza, con dos requisitos:

- El primero, es que el consentimiento del interesado debe ser prestado de manera libre, inequívoca, específica e informada.
- El segundo, es que la comunicación de datos asistenciales debe respetar el principio de proporcionalidad que consagra la LOPD, en el sentido de que el centro únicamente podrá comunicar a la compañía aquellos datos pertinentes, adecuados y no excesivos en relación con la finalidad que motiva el acceso a la información asistencial.

## **h. Acceso por Mutuas de Trabajo y Enfermedades Profesionales**

El acceso a la información diagnóstica y de evolución de un paciente por parte de los servicios sanitarios de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, encuentra su justificación tanto por su **labor de interés público y social** como por su carácter colaborador, en la gestión de la Seguridad Social.

De acuerdo con lo establecido en la LOPD, los profesionales médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales tienen legitimación, para el cumplimiento de finalidades propias de la sanidad, para el tratamiento de antecedentes, anamnesis e historias clínicas de aquellos pacientes que hayan sido atendidos de procesos asistenciales de cualquier tipo.

## **i. Acceso por asistentes sociales que presten servicios en hospitales o centros**

Con carácter general, los asistentes sociales no pueden acceder a las historias clínicas, aunque presten servicios en el hospital o centro, puesto que no tienen la condición de profesionales sanitarios, que son los únicos que tienen habilitación legal para acceder en el ejercicio de su actividad a los datos de la historia clínica sin consentimiento de los pacientes.

Al resultar contrario tanto a lo dispuesto en la LOPD como en la Ley de Autonomía del Paciente, el acceso indiscriminado a la totalidad de los datos incorporados en la historia clínica, la única posibilidad para dicho acceso será el supuesto de que cuente con el consentimiento expreso del paciente, siempre que dicho acceso esté justificado en una finalidad de carácter asistencial o social de interés para el propio paciente.

## **j. Acceso por otros centros u hospitales**

La LAP tampoco se refiere a los supuestos de solicitud de acceso a la documentación clínica por parte de un centro hospitalario a otro centro.

A nivel autonómico, el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, del País Vasco, en su artículo 13.4 contempla la citada situación, indicando textualmente que: *“Cuando el acceso es solicitado por los profesionales sanitarios de otros centros o servicios sanitarios diferentes al que custodia la historia clínica, se necesitará la justificación explícita sobre sus fines asistenciales. La solicitud en estos casos se dirigirá a la persona responsable del centro o servicio sanitario y la entrega o transmisión de información deberá producirse a la mayor brevedad posible y, en todo caso, en un plazo inferior a treinta días, dejando constancia de la misma”*.

Por su parte, el Reglamento de Uso de la Historia Clínica de la clínica Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro (ASISA), de Lérida, se refiere al mismo supuesto en el sentido siguiente: *“Si los profesionales asistenciales implicados en la asistencia del paciente son de otros centros sanitarios, habrán de presentar un documento que de fe de que el paciente autoriza a que se proceda a la transmisión de la historia clínica. La unidad encargada de gestionar esas solicitudes será la Dirección Médica”*.





# 8

REFERENCIA AL  
DERECHO DE  
CONSERVACIÓN  
DE LA HISTORIA  
CLÍNICA. CESE  
DE ACTIVIDAD  
DEL CENTRO  
U HOSPITAL.  
EXPURGO DE LA  
HISTORIA CLÍNICA.



Clínica Jerez. Jerez de La Frontera - Cádiz



La LAP se refiere a la conservación de la documentación clínica en su artículo 17.1, señalando que: *“Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial”*.

Las distintas normativas autonómicas establecen plazos de conservación de las historias clínicas más o menos prolongados.

Por su parte, el artículo 4.5 de la LOPD consagra el principio de conservación de los datos ajustada a la finalidad del tratamiento, al disponer en general que *“Los datos de carácter personal serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados”*.

Ante la citada normativa, la AEPD se ha pronunciado en el sentido de que con independencia de que se haya producido la cesación en el ejercicio de la actividad profesional, el facultativo y el centro se encuentran aún sometidos a las exigencias legales de conservación de las historias clínicas, correspondiéndoles su custodia y conservación en tanto no hayan transcurrido los plazos legalmente previstos para que dicha conservación siga teniendo lugar y siendo, por imperativo de la propia LAP, responsables del fichero de historias clínicas.

La voluntad del legislador en este caso –señala la AEPD– no es la de que se proceda a la destrucción inmediata de los datos, sino, al contrario, que dichos datos sean conservados en cuanto pudieran resultar necesarios para la salvaguardia de la vida e integridad física del paciente.

De este modo, en caso de cesación en el ejercicio de la profesión, subsistirá un deber de conservación que se extenderá a los plazos legalmente previstos,

subsistiendo igualmente ese deber, en beneficio de la atención sanitaria del paciente, en caso de fallecimiento de facultativo, subrogándose los herederos en las obligaciones de conservación por aplicación de lo dispuesto en el artículo 661 del Código Civil.

Por último, en los casos de cese de actividad del centro o médico, los datos sólo podrían ser comunicados a otros facultativos o centros en caso de que:

- los mismos fueran a realizar una actividad de diagnóstico o tratamiento del paciente.
- el propio paciente solicitara la transmisión de su historia a su nuevo médico o centro, sin perjuicio del deber de conservación del anterior.

En esos casos, el nuevo médico o el nuevo centro se encontrarían vinculados por los mismos deberes legales consagrados en la LAP.

Finalmente, debe hacerse referencia al expurgo como el vaciado de determinados datos o información de la historia clínica, considerados irrelevantes o prescindibles, con la finalidad de disminuir el volumen de dicha información.

A nivel estatal, no existe normativa reguladora del expurgo. El Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, del País Vasco, al que ya se ha hecho anteriormente referencia, contiene una regulación pormenorizada y restrictiva del procedimiento de expurgo al que se podrá recurrir una vez transcurridos los plazos legales de conservación de las historias clínicas.

El citado Decreto, que establece el mismo plazo de 5 años de conservación de la historia clínica que el establecido en la LAP, excepciona los siguientes tipos

documentales del procedimiento de expurgo, de cara a garantizar la información registrada en los mismos, considerada esencial para resumir y reconstruir el episodio asistencial:

- Informe de alta
- Informe de consultas externas
- Informe clínico de urgencias
- Informe clínico de atención primaria
- Informe de resultados de pruebas de laboratorio, modelo B
- Informe de pruebas de imagen
- Informe de cuidados de enfermería
- Consentimiento informado
- Hojas de alta voluntaria
- Informe quirúrgico
- Informe de parto
- Informe de anestesia
- Informe de exploraciones complementarias
- Informe de anatomía patológica

Una vez transcurridos 10 años tras el fallecimiento de la persona paciente, se podrá destruir toda su documentación clínica, de acuerdo con lo que se establece en este Decreto.

Se podrá destruir asimismo la historia clínica que haya permanecido sin movimientos durante 15 años, de acuerdo con lo que se establece en este Decreto.

Los procesos de expurgo, incluida en su caso la destrucción de documentación clínica, deberán ser previamente autorizados por la Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica (COVSEDOC). A tal fin, los centros sanitarios elevarán una propuesta de expurgo de conformidad con las instrucciones que se aprueben al efecto.



# 9

## ANEXOS

Información general y propuesta de modelos de solicitud.



Hospital El Ángel. Málaga

**Anexo I.** Solicitud paciente adulto

Anexo I.a. Documentación informativa.

Anexo I.b. Solicitud.

**Anexo II.** Solicitud paciente menor

Anexo II.a. Documentación informativa.

Anexo II.b. Solicitud.

**Anexo III.** Solicitud paciente fallecido.

Anexo III.a. Documentación informativa

Anexo III.b. Solicitud

**Anexo IV.** Solicitud paciente incapacitado.

Anexo IV. a. Documentación informativa.

Anexo IV. b. Solicitud

**Anexo V.** Modelo para solicitar a jueces y tribunales la reducción de los documentos a enviar.





# Anexo I. SOLICITUD PACIENTE ADULTO

POR SU INTERÉS, ANTES DE RELLENAR EL IMPRESO  
LEA ATENTAMENTE ESTA INFORMACIÓN

## Anexo I.a. Documentación informativa.

La Ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece que el paciente tiene derecho de acceso a la documentación que obre en su historia clínica, salvo determinadas excepciones que contempla la Ley.

Los datos personales y relativos a la salud de los pacientes son confidenciales y están sujetos a un régimen de protección, regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Si un paciente desea solicitar documentación clínica debe tener en cuenta estas RECOMENDACIONES:

1. El Servicio de Atención al Paciente del Hospital/Clínica le facilitará un **impreso de solicitud, al menos en duplicado**, para su debida cumplimentación.
2. Es necesario que en la solicitud conste el tipo de documento clínico que necesita.
3. La entrega de la documentación solicitada está sometida a un procedimiento administrativo y por tanto a unos plazos determinados, por lo que **no podrá entregarse el mismo día**.
4. Si su médico le entrega en consulta algún documento, **guárdelo**, pues pudiera serle útil en el futuro.
5. En ocasiones es **más útil el informe radiológico** que la propia imagen o placa de Rayos.

## REQUISITOS NECESARIOS PARA SOLICITAR/RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Para solicitar y retirar la documentación clínica tiene que aportar una documentación acreditativa y este impreso debidamente cumplimentado.

- **Si usted es el paciente aportará:**

- Original y copia del DNI (pasaporte o NIE).

- **Si usted es familiar o representante legal del paciente aportará:**

- Autorización firmada del paciente en la que conste: los documentos clínicos que precisa, los datos del paciente y los de la persona que solicita la documentación.

- Original y copia del DNI (pasaporte o NIE) del solicitante y copia del DNI (pasaporte o NIE) del paciente.

- Si el solicitante es un apoderado presentará original y copia de su DNI (pasaporte o NIE) y de la escritura notarial de apoderamiento que habilite la posibilidad de solicitar el acceso a los datos en nombre del paciente.

## ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Una vez que dispongamos de copia de la documentación solicitada, se le enviará un mensaje de texto a su teléfono móvil indicándole que puede pasar a recogerla en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital/Clínica.

- La Copia de la documentación clínica solicitada deberá ser retirada en un plazo máximo de tres meses desde su solicitud.

- ES MUY IMPORTANTE QUE SU DIRECCIÓN POSTAL Y SU TELÉFONO MÓVIL ESTEN CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADOS EN EL IMPRESO DE SOLICITUD.

Anexo I.b. Solicitud.

<b>NCH:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Nº Registro:</b>	<input type="text"/>								

**IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA  
POR EL PACIENTE ADULTO**

**INSTRUCCIONES AL DORSO**

**Datos del paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos históricos del paciente**

Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica:

\_\_\_\_\_

**Tipo de asistencia:**

Hospitalización       Consultas       Urgencias       Otros:

---

**Documentos que solicita:** \_\_\_\_\_

---

---

*No rellene los espacios sombreados*

COPIA EXPEDIENTE	<u>A cumplimentar por el SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE:</u>	
	Documentación APORTADA	
	<input type="checkbox"/> DNI/PASAPORTE/NIE	<input type="checkbox"/> AUTORIZACIÓN <input type="checkbox"/> OTROS:
	_____	
Validación de copias: solicitud:	Fecha recepción	
(firma empleado)	_____ / _____ / _____	

**ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN:**

Con fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ se hace entrega a D/Dña.

---

de la documentación solicitada, habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada.

Firma empleado:

Recibí (firma y DNI):

Ejemplar a custodiar por el centro

NCH:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº Registro:									

IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA  
POR EL PACIENTE ADULTO

INSTRUCCIONES AL DORSO

**Datos del paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos históricos del paciente**

Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica:

\_\_\_\_\_

**Tipo de asistencia:**

Hospitalización       Consultas       Urgencias       Otros:

---

**Documentos que solicita:** \_\_\_\_\_

---

---

*No rellene los espacios sombreados*

COPIA EXPEDIENTE	<u><i>A cumplimentar por el SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE:</i></u>	
	Documentación APORTADA	
	<input type="checkbox"/> DNI/PASAPORTE/NIE	<input type="checkbox"/> AUTORIZACIÓN <input type="checkbox"/> OTROS:
	<hr/>	
Validación de copias: solicitud:	Fecha recepción	
(firma empleado)	_____ / _____ / _____	

Ejemplar para el paciente

## Anexo II. SOLICITUD PACIENTE MENOR

POR SU INTERÉS, ANTES DE RELLENAR EL IMPRESO  
LEA ATENTAMENTE ESTA INFORMACIÓN

### Anexo II.a. Documentación informativa.

La Ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece que el paciente tiene derecho de acceso a la documentación que obre en su historia clínica, salvo determinadas excepciones que contempla la Ley.

Los datos personales y relativos a la salud de los pacientes son confidenciales y están sujetos a un régimen de protección, regulado en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Si un paciente desea solicitar documentación clínica debe tener en cuenta estas RECOMENDACIONES:

1. El Servicio de Atención al Paciente del Hospital/Clínica le facilitará un **impreso de solicitud, al menos en duplicado**, para su debida cumplimentación.
2. Es necesario que en la solicitud conste el tipo de documento clínico que necesita.
3. La entrega de la documentación solicitada está sometida a un procedimiento administrativo y por tanto a unos plazos determinados, por lo que **no podrá entregarse el mismo día**.
4. Si su médico le entrega en consulta algún documento, **guárdelo**, pues pudiera serle útil en el futuro.
5. En ocasiones es más útil el informe radiológico que la propia imagen o placa de Rayos.

## REQUISITOS NECESARIOS PARA SOLICITAR/RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

La solicitud/retirada de información clínica de un paciente menor de edad debe formularse por los representantes legales (titulares de la patria potestad o tutores). No obstante, en función de las condiciones de madurez del menor, puede resultar necesario acompañar a la solicitud de acceso, autorización del propio paciente.

Es preciso cumplimentar este impreso y aportar la documentación siguiente tanto para su solicitud como para su retirada:

• **Si usted es el titular de la patria potestad:**

- Original y copia del DNI (pasaporte o NIE) del titular de la patria potestad.
- Original y copia del libro de familia.
- En caso de separación o divorcio de los titulares de la patria potestad además aportarán original y copia de la sentencia judicial de aplicación al proceso de separación o divorcio.

• **Si usted es el tutor:**

- Original y copia del DNI del tutor.
- Original y copia de la sentencia judicial donde se establezca la representación legal.

## ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Una vez que dispongamos de copia de la documentación solicitada, se le enviará un mensaje de texto a su teléfono móvil indicándole que puede pasar a recogerla en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital/Clínica.

- La Copia de la documentación clínica solicitada deberá ser retirada en un plazo máximo de tres meses desde su solicitud.
- **ES MUY IMPORTANTE QUE SU DIRECCIÓN POSTAL Y SU TELÉFONO MÓVIL ESTEN CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADOS EN EL IMPRESO DE SOLICITUD.**



Anexo II.b. Solicitud.

NCH:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nº Registro:

**IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA  
DE MENORES**

**INSTRUCCIONES AL DORSO**

**Datos del paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos históricos del paciente**

Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica:

\_\_\_\_\_



NCH:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Nº Registro:											

IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA  
DE MENORES

INSTRUCCIONES AL DORSO

**Datos del paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos históricos del paciente**

Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica:

\_\_\_\_\_



## Anexo III. SOLICITUD PACIENTE FALLECIDO

POR SU INTERÉS, ANTES DE RELLENAR EL IMPRESO  
LEA ATENTAMENTE ESTA INFORMACIÓN

### Anexo III.a. Documentación informativa.

La Ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece que el paciente tiene derecho de acceso a la documentación que obre en su historia clínica, salvo determinadas excepciones que contempla la Ley.

Los datos personales y relativos a la salud de los pacientes son confidenciales y están sujetos a un régimen de protección, regulado en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Si un paciente desea solicitar documentación clínica debe tener en cuenta estas RECOMENDACIONES:

1. El Servicio de Atención al Paciente del Hospital/Clínica le facilitará un **impreso de solicitud, al menos en duplicado**, para su debida cumplimentación.
2. Es necesario que en la solicitud conste el tipo de documento clínico que necesita.
3. La entrega de la documentación solicitada está sometida a un procedimiento administrativo y por tanto a unos plazos determinados, por lo que **no podrá entregarse el mismo día**.
4. Si su médico le entrega en consulta algún documento, **guárdelo**, pues pudiera serle útil en el futuro.
5. En ocasiones es más útil el informe radiológico que la propia imagen o placa de Rayos.

## REQUISITOS NECESARIOS PARA SOLICITAR/RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Sólo se facilitará el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él/ella por razones familiares o de hecho, salvo que el/la fallecido/a lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite (artículo 18.4 de la Ley 41/2002).

Es preciso cumplimentar este impreso y aportar la documentación siguiente tanto para su solicitud como para su retirada:

- Original y copia del DNI (pasaporte o NIE) del solicitante.
- Original y copia del certificado de defunción.
- Documentación que acredite la relación familiar o de hecho con el fallecido y en su ausencia declaración jurada al efecto.

## ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Una vez que dispongamos de copia de la documentación solicitada, se le enviará un mensaje de texto a su teléfono móvil indicándole que puede pasar a recogerla en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital/Clínica.

- La Copia de la documentación clínica solicitada deberá ser retirada en un plazo máximo de tres meses desde su solicitud.
- **ES MUY IMPORTANTE QUE SU DIRECCIÓN POSTAL Y SU TELÉFONO MÓVIL ESTEN CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADOS EN EL IMPRESO DE SOLICITUD.**

Anexo III.b. Solicitud.

<b>NCH:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Nº Registro:</b>	<input type="text"/>								

**IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA  
DE FALLECIDO**

**INSTRUCCIONES AL DORSO**

**Datos del paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos históricos del paciente**

Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica:

\_\_\_\_\_

**Tipo de asistencia:**

Hospitalización       Consultas       Urgencias       Otros:

---

**Documentos que solicita:** \_\_\_\_\_

---

---

*No rellene los espacios sombreados*

COPIA EXPEDIENTE	<u>A cumplimentar por el SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE:</u>	
	Documentación APORTADA	
	<input type="checkbox"/> DNI/PASAPORTE/NIE	<input type="checkbox"/> LIBRO DE FAMILIA
	<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	<input type="checkbox"/> OTROS:
Validación de copias:		Fecha recepción
solicitud:		
(firma empleado)		_____/_____/_____

**ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN:**

Con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se hace entrega a D/Dña.

---

de la documentación solicitada, habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada.

Firma empleado:

Recibí (firma y DNI):

Ejemplar a custodiar por el centro



NCH:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Nº Registro:											

IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA  
DE FALLECIDO

INSTRUCCIONES AL DORSO

**Datos del paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos históricos del paciente**

Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica:

\_\_\_\_\_

**Tipo de asistencia:**

- Hospitalización       Consultas       Urgencias       Otros:
- 

**Documentos que solicita:** \_\_\_\_\_

---

---

*No rellene los espacios sombreados*

<b>COPIA EXPEDIENTE</b>	<u><i>A cumplimentar por el SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE:</i></u>	
	Documentación APORTADA	
	<input type="checkbox"/> DNI/PASAPORTE/NIE	<input type="checkbox"/> LIBRO DE FAMILIA
	<input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	<input type="checkbox"/> OTROS:
_____		
Validación de copias: solicitud: (firma empleado)	Fecha recepción  _____/_____/_____	

Ejemplar para el paciente

## Anexo IV. SOLICITUD PACIENTE INCAPACITADO

POR SU INTERÉS, ANTES DE RELLENAR EL IMPRESO  
LEA ATENTAMENTE ESTA INFORMACIÓN

### Anexo IV.a. Documentación informativa.

La Ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece que el paciente tiene derecho de acceso a la documentación que obre en su historia clínica, salvo determinadas excepciones que contempla la Ley.

Los datos personales y relativos a la salud de los pacientes son confidenciales y están sujetos a un régimen de protección, regulado en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Si un paciente desea solicitar documentación clínica debe tener en cuenta estas RECOMENDACIONES:

1. El Servicio de Atención al Paciente del Hospital/Clínica le facilitará un **impreso de solicitud, al menos en duplicado**, para su debida cumplimentación.
2. Es necesario que en la solicitud conste el tipo de documento clínico que necesita.
3. La entrega de la documentación solicitada está sometida a un procedimiento administrativo y por tanto a unos plazos determinados, por lo que **no podrá entregarse el mismo día**.
4. Si su médico le entrega en consulta algún documento, guárdelo, pues pudiera serle útil en el futuro.
5. En ocasiones es más útil el informe radiológico que la propia imagen o placa de Rayos.

## REQUISITOS NECESARIOS PARA SOLICITAR/RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Es preciso cumplimentar este impreso y aportar la documentación siguiente tanto para su solicitud como para su retirada:

Si el paciente se encuentra legalmente incapacitado la solicitud/retirada de documentación clínica deberá realizarse por el representante legal del paciente, quien aportará:

- Original y copia del DNI (pasaporte o NIE) del paciente.
- Original y copia del DNI (pasaporte o NIE) del representante legal.
- Original y copia de la sentencia judicial que establece la representación legal.

Si el paciente no se encuentra legalmente incapacitado, la solicitud/retirada la formularán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, quienes aportarán:

- Original y copia del libro de familia o declaración jurada de la vinculación familiar o de hecho con el paciente.
- Original y copia de declaración jurada que acredite la supuesta incapacidad del paciente.

## ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Una vez que dispongamos de copia de la documentación solicitada, se le enviará un mensaje de texto a su teléfono móvil indicándole que puede pasar a recogerla en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital/Clínica.

- La Copia de la documentación clínica solicitada deberá ser retirada en un plazo máximo de tres meses desde su solicitud.
- **ES MUY IMPORTANTE QUE SU DIRECCIÓN POSTAL Y SU TELÉFONO MÓVIL ESTEN CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADOS EN EL IMPRESO DE SOLICITUD.**

Anexo IV.b. Solicitud.

NCH:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº Registro:	<input type="text"/>								

**IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA  
DE INCAPACITADOS**

**INSTRUCCIONES AL DORSO**

**Datos del paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos históricos del paciente**

Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica:

\_\_\_\_\_

**Tipo de asistencia:**

Hospitalización       Consultas       Urgencias       Otros:

---

**Documentos que solicita:** \_\_\_\_\_

---

---

*No rellene los espacios sombreados*

COPIA EXPEDIENTE	<u><i>A cumplimentar por el SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE:</i></u>	
	Documentación APORTADA	
	<input type="checkbox"/> DNI/PASAPORTE/NIE	<input type="checkbox"/> LIBRO DE FAMILIA
	<input type="checkbox"/> DECLARACIÓN JURADA (Sentencia de Incapacitación)	<input type="checkbox"/> REPRESENTACIÓN LEGAL
	_____	<input type="checkbox"/> OTROS: _____
Validación de copias: solicitud: (firma empleado)	Fecha recepción _____/_____/_____	

**ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN:**

Con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se hace entrega a D/Dña.

---

de la documentación solicitada, habiéndose acreditado adecuadamente para proceder a su retirada.

Firma empleado:

Recibí (firma y DNI):

Ejemplar a custodiar por el centro

NCH:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº Registro:	<input type="text"/>								

IMPRESO DE SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA  
DE INCAPACITADOS

INSTRUCCIONES AL DORSO

**Datos del paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante**

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Tfno \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Móvil \_\_\_\_\_

**Datos históricos del paciente**

Fecha en la que se prestó la asistencia de la cual solicita la documentación clínica:

\_\_\_\_\_

**Tipo de asistencia:**

- Hospitalización       Consultas       Urgencias       Otros:
- 

**Documentos que solicita:** \_\_\_\_\_

---

---

*No rellene los espacios sombreados*

COPIA EXPEDIENTE	<u><i>A cumplimentar por el SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE:</i></u>	
	Documentación APORTADA	
	<input type="checkbox"/> DNI/PASAPORTE/NIE	<input type="checkbox"/> LIBRO DE FAMILIA
	<input type="checkbox"/> DECLARACIÓN JURADA (Sentencia de Incapacitación)	<input type="checkbox"/> REPRESENTACIÓN LEGAL
	_____	<input type="checkbox"/> OTROS:
	_____	
	Validación de copias: solicitud: (firma empleado)	Fecha recepción  _____ / _____ / _____

Ejemplar para el paciente



## Anexo V. MODELO PARA SOLICITAR A JUECES Y TRIBUNALES LA REDUCCIÓN DE LOS DOCUMENTOS A ENVIAR.

FECHA: \_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

AL JUZGADO (O TRIBUNAL): \_\_\_\_\_

Recibido con fecha \_\_\_\_\_ su oficio por medio del cual se requiere la remisión de la historia clínica de D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, y con el fin de preservar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos relativos a la salud del interesado en todo lo que no considere que pueda tener relación con el proceso de referencia o ser relevante para el esclarecimiento de los hechos y su prueba, dado que la historia clínica puede contener datos cuya cesión resulte innecesaria, es por lo que

**SOLICITO** autorización para remitir a ese Juzgado (o Tribunal) únicamente la parte de la historia clínica (proceso diagnóstico o patológico objeto de investigación) que por su Señoría se estime útil y pertinente a los efectos del procedimiento de referencia, evitando así la comunicación de datos relativos a la salud del interesado que no guarden relación con lo que sea objeto del proceso o en ningún caso puedan contribuir a esclarecer los hechos controvertidos.

Fdo.(el responsable del fichero o el encargado del tratamiento)

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Recomendación 2/2004, de 30 de junio, de la Agencia de Protección de Datos de Madrid sobre custodia, archivo y seguridad de los datos de carácter personal de las Historias Clínicas no informatizadas, publicada en el Boletín Oficial de Madrid el 12-08-2004 (Apartado tercero 3b): "se entiende necesario que la petición judicial venga motivada y concrete los documentos de la historia clínica que sea preciso conocer para su actuación e investigación, procediéndose por el Centro al envío de una copia de los mismos o a facilitar el acceso dentro del propio Centro".







**Lavinia, S. Coop.**

**asisa bioético**  
COMITÉ DE BIOÉTICA Y DERECHO SANITARIO