

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO AL HISTORIAL MÉDICO

I – Identidad del solicitante

Apellidos:Nombre:
 Fecha de nacimiento:.....
 Dirección:

 Tel. fijo:Tel. móvil:
 E-mail:

<input type="checkbox"/> Paciente	<u>Proporcionar la copia de un documento de identidad</u>
<input type="checkbox"/> Representante legal	<u>Proporcionar las copias:</u> - de un documento de identidad del solicitante y del menor, - del libro de familia o del certificado de nacimiento. <u>En caso de divorcio, proporcionar la ordenanza del juez de familia</u>
<input type="checkbox"/> Tutor	<u>Proporcionar las copias:</u> - de un documento de identidad del solicitante y del mayor protegido, - de la ordenanza del juez de tutela
<input type="checkbox"/> Derechohabiente (cuando el paciente ha fallecido) <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> hermano/hermana <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hijo/hija <input type="checkbox"/> otro familiar	<u>Proporcionar las copias:</u> - de un documento de identidad del solicitante, - de la prueba de la calidad de derechohabiente (copia del libro de familia, certificado de nacimiento o contrato particular), - acta de notario, certificado de herencia, - así como la copia del certificado de defunción. <i>Su solicitud debe estar motivada en aplicación del artículo L.1110-4 del código de salud pública:</i> <input type="checkbox"/> conocer las causas del fallecimiento <input type="checkbox"/> defender la memoria del difunto <input type="checkbox"/> hacer valer sus derechos <input type="checkbox"/> otro, precisar NB: Salvo voluntad en contra del difunto (artículo L.1110-4 al. 7 del código de salud pública).

II – Historial médico solicitado

Apellidos: ... Apellidos de soltera:
Nombre: Fecha de nacimiento :.....

Estancia(s): servicio(s) y período(s) de hospitalización:

.....delal
.....delal
.....delal

Documentos solicitados les copias se facturarán con los gastos de envío según las tarifas vigentes.
Informarse en la Dirección de Usuarios.

- Informe de hospitalización o carta de salida
- Resultados de exámenes, precise cuáles:.....
- Informe operatorio
- Informe de consulta
- Expediente enfermero
- Radiografía (duplicado en CD según la tarifa vigente):
- Expediente completo

Precise su solicitud:.....
.....
.....

III – Modalidad de acceso al historial médico

Envío de copia:

- a la dirección del solicitante por correo certificado con acuse de recibo
- a la dirección del médico que figura a continuación por correo certificado con acuse de recibo

Apellido: Nombre:

Dirección:

Tel.:

Entrega de las copias en mano en el servicio correspondiente:

A falta de precisiones sobre las modalidades de comunicación, los documentos solicitados se enviarán a la dirección del solicitante por correo certificado con acuse de recibo.

El secretario médico se pondrá en contacto con usted por E-mail o por teléfono para indicarle la fecha y la hora de entrega de las copias.

Consulta in situ:

- acudiré solo
- acompañado por un tercero
- o por un médico

Tomo nota de que me beneficiaré del acompañamiento de un médico del establecimiento para conocer las informaciones médicas. Podré hacer que se me entregue una copia de los documentos médicos (facturables a la tarifa vigente).

Si lo considera necesario, el médico del hospital podrá recomendarle la presencia del acompañante que usted desee para la consulta in situ de su historial.

Este formulario, así como las fotocopias de los documentos de estado civil deben enviarse a:

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier
80, avenue Georges Pompidou, CS 61205
24019 Périgueux Cedex - Francia

....., Firma: