

PETICIÓN DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA FORMULARIO DE SOLICITUD

DATOS DEL SOLICITANTE

Izena eta deiturak Nombre y apellidos:			
Fecha de nacimiento:		Helbidea Domicilio:	
		KP C. P.:	Herria Localidad:
		Provincia:	Teléfono/s:
		D.N.I.: (del que se adjunta fotocopia)	
Centro de Salud:		Médico Responsable:	

Sinadura / Firma:

Por medio del presente escrito, SOLICITA:

(especificar el motivo de la solicitud y/o los documentos relacionados)

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

15/1999 Lege Organikoa, abenduaren 13koa, Datu Pertsonalak Babestekoa betez, OSAKIDETZAK, jakinarazten dizu agiri honetan eman dituzun datu pertsonalak P.E.A.Z.-REN KUDEAKETA fitxategian jasoko direla. Fitxategi horren helburua kexak, erreklamazioak, esker onak, iradokizunak eta paziente edo erabiltzaileek Zerbitzu Erakundearen egindako izapideen erregistroa egitea da, eta organo arduraduna SAN ELOY OSPITALEKO GERENTZIA da. Nahi izanez gero, eskubidea duzu datuok lortu, zuzendu, ezabatu eta aurkatzeko. Horretarako, hona jo behar duzu: San Eloy Ospitaleko Pazientearen eta Erabiltzailearen Arreta Zerbitzua (PEAZ); Antonio Miranda etorbidea, 5 (48902 – Barakaldo)..

OSAKIDETZA, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informa que los datos personales que Vd. aporta en este acto, serán incluidos en el fichero GESTIÓN DEL S.A.P.U., cuya finalidad es el registro de quejas, reclamaciones, agradecimientos, sugerencias y trámites efectuados por los pacientes o usuarios en la Organización de Servicios, y su órgano responsable es la GERENCIA DE LA OSI BARAKALDO-SESTAO. Si lo desea puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Servicio de Atención al Paciente y Usuario (S.A.P.U) del Hospital San Eloy en la siguiente dirección: Avda. A. Miranda, 5 (48902 – Barakaldo).