**1.- Solicitud de entrega de informes y pruebas diagnósticas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Paciente****Nombre y apellidos:* |  | *DNI/Equivalente:* |  |
|  |
| ***Representante****Nombre y apellidos:* |  ***(cuando la solicitud sea presentada por Representante)*** | *DNI/Equivalente****:*** |  |
| ***Vínculo con:*** |
| ***a) Paciente incapacitado o menor de edad no emancipado:***🞎 *Progenitor con patria potestad(Exhibe libro de Familia y DNI/Equivalente)*🞎 *Tutor/a legal(Exhibe resolución Judicial y DNI/Equivalente)*🞎 *Autorizado por el paciente/progenitor/tutor(Adjunta este documento firmado por progenitor/tutor/Paciente mayor de 14 años, entrega copia del DNI del paciente o persona que autoriza y exhibe su DNI/Equivalente)* | ***b) Paciente capaz y mayor de edad o emancipado:***🞎 *Autorizado por el Paciente(Adjunta este documento firmado por el Paciente, entrega copia del DNI/Equivalente del paciente y exhibe DNI/Equivalente)* |

**MANIFIESTO**

1.- Que el Paciente se ha sometido a las siguientes pruebas diagnósticas en el Centro Viamed:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🞎 *Diag. por imagen* | 🞎 *Laboratorio* | 🞎 *Anatomía Patológica* | 🞎 *Reconocimiento médico* |
| 🞎 *Otra/s:* |  |

2.- Que **solicito** que los resultados/informes de dichas pruebas diagnósticas sean entregados de la siguiente manera:

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 *Por correo electrónico a la dirección:* |  |
| 🞎 *Por carta certificada a la dirección\*:* |  |
| 🞎 *En mano a la siguiente persona\*\*:* | 🞎 *Representante* |  |  |  |
|  | 🞎 Autorizado: |  |
|  | DNI/Equivalente: |  |

\*El envío por carta certificada o empresa de mensajería puede llevar aparejado un coste del que tendrá que hacerse cargo el solicitante. Puede solicitar más información al personal administrativo.

\*\* En caso de entrega en mano, será necesario rellenar y firmar el punto 2 de este documento siempre que se entregue a alguien distinto al propio paciente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En…………………, a ……. de ……………………… de 20… | Firma Paciente | Firma Representante/Autorizado |

**2.-Recibí de informes y pruebas diagnósticas entregadas en mano**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Recogido por****Nombre y apellidos:* |  | *DNI/Equivalente:* |  |
|  |  | *Fecha recogida:* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| En…………………, a ……. de ……………………… de 20… | Firma de la persona que recoge el informe/prueba |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Protección de Datos**: El Hospital Viamed San José tratará los datos personales contenidos en este documento con la finalidad de atender y gestionar la solicitud, sobre la base de su consentimiento. Los datos serán conservados por 3 años para la atención de posibles responsabilidades. Los interesados podrán revocar el consentimiento y ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad a través del correo electrónico bajasinfo@viamedsanjose.com. En caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos, podrán interponer una reclamación ante la AEPD ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) o ante el delegado de protección de datos de Viamed (dpo@viamedsalud.com).