

FORMULARIO PARA EJERCER EL DERECHO DE CANCELACIÓN ⁽¹⁾

Datos de la persona interesada ⁽²⁾

Nombre y apellidos Número de historia clínica / CIP

DNI/NIE/Pasaporte Domicilio

Teléfono Correo electrónico

Datos de la persona autorizada ⁽³⁾

Nombre y apellidos

DNI/NIE/Pasaporte Domicilio

Teléfono Correo electrónico

Datos en relación a los que desea ejercer el derecho de cancelación

Datos a los que hace referencia la solicitud de cancelación al tratamiento de datos personales

Motivos fundados y legítimos, por los que me solicito la cancelación del tratamiento de estos datos de salud

EXPONGO:

Que me han informado que:

- El acceso a la Historia Clínica Compartida mejora la calidad de la asistencia a los ciudadanos y permite el uso compartido de los profesionales sanitarios de toda la información disponible entre las diferentes entidades de Cataluña.
- El ejercicio de derecho de cancelación al tratamiento de los datos de salud que constan en la Historia Clínica Compartida de Catalunya puede dificultar la prestación asistencial en otros centros al no disponer de toda mi información sanitaria, hecho que puede comportar riesgos y deficiencias en la asistencia sanitaria, y

SOLICITO

Ejercer el derecho de cancelación al tratamiento de los datos de salud indicados en este impreso de los que adjunto la documentación acreditativa, de acuerdo con lo que establece el artículo 16 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y que entiendo y asumo las consecuencias que esta cancelación me pueda comportar.

Documentación que se adjunta

- Fotocopia del DNI, pasaporte u otro documento válido que identifique a la persona interesada
- Fotocopia del DNI, pasaporte u otro documento válido que identifique a la persona autorizada
- Fotocopia del documento que acredita la representación
- Documentación acreditativa de los motivos fundados y legítimos por los que la persona interesada solicita la cancelación de los datos de salud indicados (detallar)

Firma

Fecha

Canal preferente para recibir la respuesta correo electrónico correo postal en mano

(4) Declaro responsablemente que tengo la potestad sobre mi hijo/hija, y que no existe ninguna circunstancia que restrinja o limite, de ninguna forma, las facultades de representación que la patria potestad me concede.

Fecha y firma

1 De conformidad con las disposiciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter Personal (LOPD), le informamos que sus datos personales se incluirán en un fichero administrativo, titularidad de la Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital Santa Creu i Sant Pau (FGSHSCSP), para procesar su solicitud. Los destinatarios de la información son todos los servicios del Hospital implicados en la gestión de su solicitud. Si desea recibir más información o desea ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación (ARCO) reconocidos en la normativa de protección de datos, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Usuario ubicado en el vestíbulo principal, acceso por la calle Sant Quintí 89.

2 Debe de adjuntar una fotocopia del DNI, pasaporte u otro documento válido que identifique al interesado.

3 Es necesario que rellene esta sección cuando el interesado es menor de edad, este incapacitado o haya nombrado a expresamente para el ejercicio de este derecho a una representante. Se tiene que adjuntar fotocopia del DNI, pasaporte u otro documento válido que identifique al representante, y fotocopia del documento que acredita la representación.

4 Rellenar solo en los casos de solicitudes de menores de edad bajo patria potestad.