

(NOMBRE DEL HOSPITAL O CENTRO MÉDICO)

(calle y número del Hospital o centro)

(Código Postal) – (ciudad y provincia)

D./D^a. *(nombre y apellido)*, mayor de edad, con D.N.I. *(número del solicitante)*, con **domicilio a efectos de notificación en calle** *(calle y núm., ciudad y provincia)*, y teléfono *(número)* ante el *(nombre del Hospital o centro médico)*, como mejor en derecho proceda, DICE:

Que, al amparo del art. 18 de 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 vengo a **SOLICITAR COPIA íntegra, legible y ordenada cronológicamente de la totalidad de mi historia clínica**, es decir, el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informes de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial (artículo 3 de la Ley 41/2002).

La documentación que se solicita se sustenta en el contenido mínimo de la historia clínica contemplado en el artículo 15 de la citada Ley. En caso de no constar algún documento por algún motivo específico, deberá mencionarse expresamente las causas de ello. Igualmente deberá identificarse la figura de médico responsable en todos y cada uno de los centros donde he sido atendido con nombre y apellidos y número de colegiado.

En virtud de todo lo expuesto, solicito me sea facilitada a la mayor brevedad posible y en cualquier caso **en un plazo no superior a quince días naturales** desde la presentación de este escrito la totalidad de mi historia clínica conforme a los documentos explicados y descritos.

(Lugar), a (día, mes y año).

FIRMADO: