

**REQUISITS D'ACREDITACIÓ NECESSARIS
PER AL SOL·LICITANT DE DOCUMENTACIÓ CLÍNICA
Hospital Municipal de Badalona**

Lloc de recollida: De dilluns a divendres de 9 a 10 hores al Servei d'Arxius i Documentació de l'Hospital Municipal de Badalona.

Contacte: 93 502 90 65 en l'horari de 9 a 13 hores. arxiu@bsa.cat

Recollida de la documentació clínica: 30 dies naturals després de sol·licitar-la. Us avisarem per telèfon per concretar dia i hora per recollir la documentació.

Recollida de còpies d'exploracions complementàries: 15 dies naturals després de sol·licitar-la. Us avisarem per telèfon per concretar dia i hora per recollir la documentació.

Documentació necessària:

- 1. Pacient:** Original DNI, passaport o documentació amb fotografia.
 - 2. Persona autoritzada pel pacient:**
 - Carta d'autorització signada pel pacient que inclogui el nom complet de la persona autoritzada i la seva relació de parentiu.
 - Original DNI, passaport o documentació amb fotografia del pacient.
 - Original DNI, passaport o documentació amb fotografia de la persona autoritzada.
 - 3. En cas de defunció**
 - Llibre de família, en cas de parentiu en primer grau (cal lliurar fotocòpia).
 - En cas que no tingueu relació de parentiu amb el pacient, testament legitimat que us acrediti com a hereu/va.
 - Original DNI, passaport o documentació amb fotografia (persona que recull la documentació).
 - 4. Tutor legal del pacient:** Reconeixement judicial.
 - 5. Pare / mare, en cas de menors d'edat:**
 - Original DNI, passaport o documentació amb fotografia del sol·licitant
 - Llibre de família.
 - 6. Representant del pacient:**
 - Carta d'autorització signada pel pacient que inclogui el nom complet de la persona que ostenta la seva representació.
 - Original DNI, passaport o documentació amb fotografia del representant.
- En cas de representació del pacient, l'Hospital es reserva el dret de comprovar i demanar demostració de la documentació.

Autorització per a la recollida de la documentació sol·licitada

El Sr./Sra. _____

amb DNI _____ autoritza a _____

amb DNI _____ a recollir la documentació sol·licitada.

Data:

Signatura _____

Informació Clínica

Data creació del document de requisits: març 2023