



HISTÒRIA CLÍNICA COMPARTIDA
ANDORRA

SOL·LICITUD PER L'EXERCICI DEL DRET DE PORTABILITAT DE LES DADES CONTINGUDES A LA HISTÒRIA CLÍNICA COMPARTIDA (HCC)

Responsable: Direcció general del SAAS i gestor/a de la Història Clínica Compartida d'Andorra

1. DADES DE LA PERSONA TITULAR DE LA HCC

Nom i cognoms: _____

Passaport/DNI/NRT núm. _____ Data de naixement: ____ / ____ / ____

2. DADES DE LA PERSONA QUE SOL·LICITA LA PORTABILITAT (omplir en cas que sigui diferent de la persona titular de la HCC)

Nom i cognoms: _____

Passaport/DNI/NRT núm. _____ Data de naixement: ____ / ____ / ____

Víncle amb la persona titular de la HCC: ☐ cònjuge/parella ☐ fill/a ☐ pare/mare
☐ altre víncle (especificar) _____

Autoritzo a la persona que hi consta com a persona sol·licitant perquè actuï en el meu nom, per a sol·licitar la portabilitat de les dades contingudes a la meua HCC.

Data ____ / ____ / ____ Signatura sol·licitant _____ Signatura titular _____

3. DADES DE CONTACTE A EFECTES DE NOTIFICACIÓ I RECEPCIÓ DE DOCUMENTS

Nom i cognoms: _____

Passaport/DNI/NRT núm. _____ Data de naixement: ____ / ____ / ____

Adreça: _____

Correu electrònic: _____ Telèfon de contacte: _____

Les dades corresponen a: ☐ titular de la HCC ☐ persona que sol·licita (persona autoritzada)

4. SOL·LICITO

Exercir el meu dret a la PORTABILITAT de les dades de la meua HCC, a l'empara de la llei 29/2021, del 28 d'octubre, qualificada de protecció de dades personals (marqueu l'opció que correspongui):

- ☐ Rebre les meves dades que us he facilitat (incloses les que es deriven de l'activitat), en un format estructurat, d'ús comú i de lectura mecànica.
- ☐ En cas que sigui tècnicament possible, la transmissió en un format estructurat, d'ús comú i de lectura mecànica, de les meves dades que us he facilitat, incloses les derivades de la meua pròpia activitat, directament a (identificar el responsable del tractament al qual es vol transmetre les dades)

5. EXOSO

Que se m'ha informat que:

- ✓ La HCC és l'eina d'ús obligat per a tots els centres i professionals vinculats a la Caixa Andorrana de Seguretat Social (CASS), sempre que es vulgui proveir d'assistència sanitària associada al finançament públic.
- ✓ La HCC representa l'eina que Andorra s'ha dotat per poder millorar la qualitat assistencial i la seguretat de les persones usuàries del sistema sanitari fent un ús compartit de la informació sobre la seva situació i evolució al llarg de la continuïtat assistencial.
- ✓ S'han establert mesures de seguretat per poder garantir el nivell adequat de protecció i seguretat de les dades personals.
- ✓ L'exercici d'aquest dret només es pot exercir quan concorrin els següents supòsits:
 - El tractament es basa en el consentiment de la persona afectada o quan el tractament sigui necessari per executar un contracte en el qual la persona interessada és part o bé per aplicar mesures precontractuals a petició seva (no s'aplica quan la base jurídica sigui una altra).
 - El tractament s'efectua a través de mitjans electrònics (no s'aplica als tractaments no automatitzats o manuals).

- ✓ Aquesta sol·licitud s'ha de resoldre i notificar en un termini determinat des de la seva recepció, per la qual cosa, se m'ha d'informar si s'atén la meua sol·licitud o bé el motiu pel qual la portabilitat no es considera procedent.
- ✓ Si es considera que aquest termini s'ha d'ampliar, se m'informarà sobre els motius de dilació i les actuacions realitzades per respondre la sol·licitud.
- ✓ Aquest formulari s'ha d'entregar al Servei d'Atenció a l'Usuari del SAAS.
- ✓ El termini màxim per donar resposta és d'un mes.

6. DOCUMENTACIÓ QUE CAL ADJUNTAR SEGONS EL CAS

SOL·LICITUD PRESENCIAL:

El/la sol·licitant és el/la TITULAR de la HCC:

- ☐ Original d'un document d'identitat amb foto (DNI, passaport...) a efectes de comprovació d'identitat.

El/la sol·licitant NO és el/la TITULAR de la HCC:

El/la titular de la HCC és viu/va:

- ☐ Autorització de la persona titular de la HCC (a l'anvers del present document).
- ☐ Original o fotocòpia d'un document d'identitat amb foto (DNI, passaport...) de la persona titular de la HCC i, original de la persona autoritzada, a efectes de comprovació d'identitat.
- ☐ Original de l'escriptura d'apoderament o de la resolució judicial que acrediti la representació, si escau.

El/la titular de la HCC és difunt/a:

- ☐ Original de la documentació que acrediti la situació d'hereu/va o, cònjuge o situació de fet equivalent o, familiar fins a segon grau (consanguini o per afinitat).
- ☐ Exposició i acreditació de l'interès legítim per l'exercici del dret.
- ☐ Original d'un document d'identitat amb foto (DNI, passaport...) de la persona titular de la HCC i de la persona que sol·licita, a efectes de comprovació d'identitat.

El/la titular de la HCC és menor de 16 anys (si té 16 anys o més, o és menor emancipat/da, exerceix el dret ell/a mateix/a):

- ☐ Original o fotocòpia d'un document d'identitat amb foto (DNI, passaport...) de la persona titular de la HCC i, original de la persona que sol·licita, a efectes de comprovació d'identitat.
- ☐ Original d'un document que acrediti que la persona sol·licitant és la persona titular de l'autoritat parental o de la tutela legal del/de la menor.

SOL·LICITUD TELEMÀTICA:

El/la sol·licitant és el/la TITULAR de la HCC:

- ☐ Fotocòpia d'un document d'identitat amb foto original (DNI, passaport...) a efectes de comprovació d'identitat.

El/la sol·licitant NO és el/la TITULAR de la HCC:

El/la titular de la HCC és viu/va:

- ☐ Autorització de la persona titular de la HCC (a l'anvers del present document).
- ☐ Fotocòpia d'un document d'identitat amb foto (DNI, passaport...) de la persona titular de la HCC i de la persona autoritzada, a efectes de comprovació d'identitat.
- ☐ Fotocòpia de l'escriptura d'apoderament o de la resolució judicial que acrediti la representació, si escau.

El/la titular de la HCC és difunt/a:

- ☐ Fotocòpia de la documentació que acrediti la situació d'hereu/va o, cònjuge o situació de fet equivalent o, familiar fins a segon grau (consanguini o per afinitat).
- ☐ Exposició i acreditació de l'interès legítim per l'exercici del dret.
- ☐ Fotocòpia d'un document d'identitat amb foto (DNI, passaport...) de la persona titular de la HCC i de la persona que sol·licita, a efectes de comprovació d'identitat.

El/la titular de la HCC és menor de 16 anys (si té 16 anys o més, o és menor emancipat/da, exerceix el dret ell/a mateix/a):

- ☐ Fotocòpia d'un document d'identitat amb foto (DNI, passaport...) de la persona titular de la HCC i de la persona que sol·licita, a efectes de comprovació d'identitat.
- ☐ Fotocòpia d'un document que acrediti que la persona sol·licitant és la persona titular de l'autoritat parental o de la tutela legal del/de la menor.

Signatura de la persona que sol·licita:

_____, a _____ de/d' _____ de 20 ____.

Protecció de dades:

En compliment del que estableix la llei 29/2021, del 28 d'octubre, qualificada de protecció de dades personals (LQPD), les dades personals facilitades en el present formulari seran incloses en el fitxer corresponent del nostre Registre d'Activitats de Tractament, quina finalitat serà exclusivament la gestió i tramitació de les sol·licituds relatives a l'exercici dels drets de la persona interessada previstos al capítol tercer de l'esmentada llei, i del dret de portabilitat de les dades contingudes a la història clínica compartida, i es conservaran durant el temps estrictament necessari per complir amb la finalitat per la qual han estat recaptades. Amb caràcter general en cap cas es comunicaran dades a tercers en l'àmbit nacional o internacional excepte que existeixi imperatiu legal per fer-ho.

Sobre les dades contingudes en aquest fitxer, la persona interessada pot exercir els drets d'accés, portabilitat, rectificació i supressió de les seves dades, així com a limitar-ne el tractament o a oposar-s'hi, en els termes previstos a la LQPD formalitzant una sol·licitud enviada per correu electrònic a l'adreça dpd@saas.ad, o lliurada presencialment al Servei d'Atenció a l'Usuari del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària radicada al carrer del Escalls 5/N.

Així mateix, si la persona interessada considera que no s'estan respectant els seus drets en la relació amb el tractament de les seves dades, pot presentar una reclamació davant l'Agència Andorrana de Protecció de Dades.