

## SOL·LICITUD PER L'EXERCICI DEL DRET A OBTENIR UNA CÒPIA DE LA TRAÇABILITAT DELS ACCESSOS 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 TRAÇABILITAT DELS ACCESSOS (omplir en cas que sigui diferent de la persona titular de la HCC)

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_  
Passaport/DNI/NRT núm. \_\_\_\_\_ Data de naixement: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Vincle amb la persona titular de la HCC:  cònjuge/parella  fill/a  pare/mare  
 altre vincle (especificar) \_\_\_\_\_

Autoritzo a la persona que hi consta com a persona sol·licitant perquè actui en el meu nom, per a sol·licitar la traçabilitat dels accessos a la meva 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 obtenir l'informe de la TRAÇABILITAT dels accessos a la meva HCC a l'empara de la Llei 20/2017, del 27 d'octubre, de drets i deures dels usuaris i dels professionals del sistema sanitari i sobre la història clínica, i de conformitat amb el Reglament sobre la història clínica i la Comissió Nacional de la Història Clínica Compartida.

En concret, sol·licito la traçabilitat dels accessos a la meva HCC des del dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ fins el dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
pels motius següents:

### 5. EXPOSO

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.
- ✓ Amb la present sol·licitud la persona responsable de la gestió de la HCC traslladarà a la Comissió Nacional de la HCC (CNHCC) tota la documentació i informació que siguin necessàries, i, en tot cas, tota la que la CNHCC li demani, a fi de valorar els accessos.
- ✓ Un cop valorats els accessos, si la CNHCC detecta algun possible accés injustificat o indegut, informarà

de forma immediata tant la persona titular de la HCC com el ministeri encarregat de la salut a fi que aquest últim incoï, si escau, el corresponent expedient sancionador. Si la CNHCC no detecta cap possible accés injustificat o indegut també informará de forma immediata a la persona titular de la HCC.

- ✓ Aquest formulari s'ha d'entregar al Servei d'Atenció a l'Usuari del SAAS.
- ✓ La persona responsable de la gestió de la HCC disposa d'un termini de quinze dies hàbils, a comptar de la data de la petició, per lliurar a la persona usuària del sistema sanitari una còpia de l'informe de traçabilitat (el document recull els nombre d'accessos, els períodes en els quals s'han produït i els centres i serveis sanitaris en què s'han fet.).

### 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 a obtenir una còpia de la traçabilitat dels accessos a la HCC, 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](mailto:dpd@saas.ad), o lliurada presencialment al Servei d'Atenció a l'Usuari del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària radicat al carrer del Escalls S/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.