
DOCUMENTO DE CONSENSO PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS DE LOS CIUDADANOS EN MATERIA DE PROTECCION DE DATOS

1. INTRODUCCION

La entrada en vigor del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos representa un cambio normativo en lo que respecta a la protección de datos personales.

Esto supone un cambio en la manera de proceder de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión (UDCA) en cuanto a los derechos de los titulares en materia de datos personales.

2. OBJETIVO

El presente documento pretende normalizar la actuación de las UDCAS en cuanto a la ampliación de derechos de los datos personales, respecto a:

- Supresión: derecho a obtener, sin dilación indebida del responsable del Tratamiento, la supresión de los datos personales que le conciernan.
- Rectificación: derecho a obtener, sin dilación indebida del responsable del Tratamiento, la rectificación de los datos personales inexactos que le conciernan.

3. GLOSARIO DE TERMINOS

Datos personales: toda información sobre una persona física identificada o identificable («el interesado»); se considerará persona física identificable toda persona cuya identidad pueda determinarse, directa o indirectamente, en particular mediante un identificador.

Datos relativos a la salud: datos personales relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud.

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Historia clínica: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Tratamiento de datos: cualquier operación o conjunto de operaciones realizadas sobre datos personales o conjuntos de datos personales, ya sea por procedimientos automatizados o no, como la recogida, registro, organización, estructuración, conservación, adaptación o modificación, extracción, consulta, utilización, comunicación por transmisión, difusión o cualquier otra forma de habilitación de acceso, cotejo o

interconexión, limitación, supresión o destrucción. Se considera tratamiento de datos la grabación de datos en una historia clínica.

Responsable del tratamiento: Persona física o jurídica que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

4. DERECHOS DE LOS CIUDADANOS

DERECHO DE RECTIFICACIÓN (ART 16 RGPD- ART 14 LOPDGG)

El interesado tendrá derecho a obtener sin dilación indebida del responsable del tratamiento la rectificación de los datos personales inexactos que le conciernan. Es necesario que el solicitante aporte los documentos acreditativos de la petición que formula.

Si la rectificación se refiere a datos sanitarios es el profesional sanitario el que determina si debe rectificarse o no el dato.

- Motivos de denegación:
 - La solicitud es infundada, excesiva o repetitiva
 - La solicitud está realizada por un tercero fuera de los casos previstos en la ley.

- Motivos de aceptación:
 - Los datos sobre los que se solicita la rectificación están acreditados fehacientemente su inexactitud o falsedad.

- Motivos de subsanación:
 - Falta de acreditación de la identidad del interesado, o representante/autorizado.
 - No se aporta la documentación acreditativa de la rectificación.

DERECHO DE SUPRESIÓN O DERECHO AL OLVIDO (ART 17 RGPD- ART 15 LOPDGG)

El interesado tendrá derecho a obtener sin dilación indebida del responsable del tratamiento la supresión de los datos personales que le conciernan.

En el caso de cancelación deberá tenerse en cuenta los criterios de relevancia clínica y de conservación, así como lo expresa el “Informe relativo al ejercicio del Derecho de Cancelación de los datos del historial clínico de una paciente” emitido por la abogacía de la Generalitat, el cual cita lo siguiente:

“Así pues, los datos relativos a la salud no podrán ser cancelados, en ningún caso, hasta pasados 5 años desde el alta del proceso asistencial en que han sido recabados. Y, posteriormente, podrá procederse a la cancelación de los mismos siempre que no sean necesarios para la debida asistencia que el paciente pueda recibir en el futuro”.

Pero hay que tener en cuenta que la finalidad de la historia clínica no sólo es garantizar la asistencia adecuada al paciente, también se utiliza con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia; que están relacionados con la garantía del interés público o el cumplimiento de obligaciones legales, por lo que la cancelación de los datos que forman parte de la historia clínica es excepcional y **sólo el profesional sanitario puede determinar si se suprime el dato de salud.**

➤ **Motivos de denegación:**

- La solicitud es infundada, excesiva o repetitiva
- La solicitud está realizada por un tercero fuera de los casos previstos en la ley
- Por cumplimiento de una obligación legal
 - Plazo de conservación menor de 5 años
 - Investigación
 - Interés público
- No es posible suprimir los datos por razones de interés público en el ámbito de la salud pública
- Por ser información clínica relevante y necesaria para la debida asistencia del paciente
- Por ser los datos objeto de formulación, ejercicio o defensa de reclamaciones

➤ **Motivos de aceptación:**

- Los datos personales ya no son necesarios en relación con los fines para los que fueron recogidos habiendo pasado más de 5 años de ello.
- Los datos son inexactos, excesivos, obsoletos, incompletos o inapropiados para la finalidad para la que fueron recogidos o tratados
- Los datos personales han sido tratados ilícitamente

➤ **Motivos de subsanación:**

- Falta de acreditación de la identidad del interesado, o representante/autorizado
- Solicitud mal formulada, no se concretan los datos a suprimir.

5. DISPOSICIONES GENERALES PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS

- Obligación de atender los derechos a menos que se acredite la imposibilidad de identificar al interesado.

- Posibilidad de solicitar información adicional para garantizar la identificación del solicitante.
- El plazo de contestación será de un mes a contar desde La recepción de la solicitud que podrá prorrogarse otros dos meses si fuera necesario, teniendo en cuenta la complejidad y el número de solicitudes, sin embargo, se deberá avisar al interesado de la situación antes del primer mes.
- Si el responsable del tratamiento no da curso a la solicitud del interesado, le informará de las razones de su no actuación y de la posibilidad de presentar una reclamación ante una autoridad de control y de ejercitar acciones judiciales.
- Gratuidad de las actuaciones, salvo en el caso de solicitudes “manifiestamente infundadas o excesivas, especialmente debido a su carácter repetitivo” (acceso por periodos inferiores a seis meses sin causa que lo justifique), en el que será posible cobrar un canon razonable o negarse a actuar respecto de la solicitud

6. TIPOS DE SOLICITUDES

Los diferentes tipos de solicitudes con los contenidos mínimos que deben contener para cumplir con los requisitos legales están detallados en el Anexo I.

7. OTROS MEDIOS DE TRAMITACIÓN Y PLAZOS

La solicitud podrá ser presentada por otros medios, como el electrónico o el correo ordinario y se informará por los mismos medios, siempre y cuando así se nos solicite y cumpla la normativa legal vigente en materia de protección de datos.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978, artículos 18.1 y 18.3 (CE).
2. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/ CE. Reglamento General de Protección de Datos. (RGPD).
3. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (LOPDGDD).
4. 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.
5. Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
6. Ley 40/2015 de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público.
7. Ley10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana.

8. Resolución de la Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público, de 8 de abril de 2019, sobre el procedimiento para la realización de cambios en las historias clínicas en soporte electrónico.
9. Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad. Agencia Española Protección de Datos. Noviembre 2019

ANEXO I

SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN O CANCELACIÓN DE DATOS SANITARIOS

DATOS DEL SOLICITANTE		
Nombre y Apellidos:		
Documento que acredita la identidad: (DNI, NIE, Pasaporte...)		
Domicilio:		
Código Postal:	Localidad:	
Teléfono de contacto 1:	Teléfono de contacto 2:	
SOLICITO EN CALIDAD DE: (marcar la opción correspondiente y acreditar documentalmente)		
Titular de la historia clínica <input type="checkbox"/>	Representante legal (menor, Incapacitado,...) <input type="checkbox"/>	Representante por delegación <input type="checkbox"/>
TITULAR DE LA HISTORIA CLÍNICA		
Nombre y apellidos		
SIP:	DNI:	Fecha Nacimiento:
TIPO DE SOLICITUD (Marcar la opción correspondiente)		
Rectificación de datos <input type="checkbox"/>	Cancelación de datos <input type="checkbox"/>	
MOTIVO / DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD		
DOCUMENTACION QUE APORTA: (Es necesario aportar la documentación que sustente la petición)		
El plazo para responder a su solicitud es de un mes, pudiendo prorrogarse a varios meses en caso de especial complejidad.		

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DOCUMENTACIÓN A APORTAR PARA SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN O CANCELACIÓN

1. SOLICITUD POR PARTE DEL PROPIO PACIENTE

- Hoja de Solicitud de acceso, rectificación o cancelación
- Tarjeta Sanitaria (SIP)
- Documentación acreditativa de la identidad
 - DNI o NIE PASAPORTE

2. SOLICITUD POR REPRESENTACIÓN

- Hoja de Solicitud de acceso, rectificación o cancelación
- Tarjeta Sanitaria (SIP) del titular de la solicitud
- Documentación acreditativa de la identidad del titular de la Documentación
 - DNI o NIE PASAPORTE
- Documentación acreditativa de la identidad del autorizado
 - DNI o NIE PASAPORTE

REPRESENTACIÓN LEGAL (marca con una X sólo 1 documento):

- Patria Potestad (Menores de 18 años):
 - Libro de familia
 - Certificado del Registro Civil
 - Otros documentos admitidos en derecho. (ejemplo: sentencia de separación o divorcio de los padres donde conste la decisión judicial sobre la Patria Potestad)
- Tutela (personas Incapacitadas Judicialmente):
 - Sentencia judicial que acredite la Tutela
- Acogimiento familiar:
 - Resolución Administrativa o Auto Judicial de acogimiento familiar o institucional
- Emancipación:
 - Documento judicial que acredite la emancipación
- Fallecidos:
 - Certificado de defunción (si la información no consta en las bases de datos hospitalarias)
 - Declaración de no haber sido desautorizado por el fallecido para acceder a dicha información
 - Acreditación del vínculo que otorga el derecho:
 - Libro de familia
 - Certificado del Registro Civil
 - Declaración de herederos
 - Certificado de registro de parejas de hecho

REPRESENTACIÓN VOLUNTARIA (marca con una X sólo 1 documento):

- Escrito de autorización del paciente para realizar la petición de acceso, rectificación o cancelación de sus datos personales.
- Poder notarial de representación específico para el ejercicio del derecho de acceso, rectificación o cancelación de sus datos personales

RESPUESTA SAIP AL PACIENTE SOLICITUD RECTIFICACIÓN/CANCELACIÓN

D.
C/

, a de 202

Estimado Sr./Sra.:

En relación a su escrito registrado en el SAIP (Servicio de Atención e Información al Paciente) en el que solicita la rectificación/cancelación de datos personales relacionados con una atención sanitaria, le indicamos que:

Su solicitud ha sido remitida al Comité de Valoración de Derechos ARCOPL para su tramitación. Informarle que tras la evaluación de su caso por el mismo, se procederá a realizar las acciones que hayan determinado respecto a su solicitud.

Así mismo, le recordamos que el plazo para responder a su solicitud es de un mes, pudiendo prorrogarse hasta 3 meses en casos de especial complejidad.

Atentamente, le remitimos un cordial saludo.

Subdirección Médica
Departamento Elche - Hospital General

Fdo.:

MODELO 3

**SOLICITUD DE PROFESIONAL SANITARIO RESPECTO
RECTIFICACIÓN/CANCELACIÓN DATOS SANITARIOS**

Dr./Dra. _____, especialista en _____, del
Centro Sanitario _____, solicito la rectificación/
cancelación del informe referente a D/Dª
con SIP _____ del día / / 20 _____ por los siguientes motivos:

1. **RECTIFICACIÓN** DE LOS SIGUIENTES DATOS POR:

MOTIVO:

FECHA	DONDE DICE:	DEBE DECIR:

2. **CANCELACIÓN** DE LOS SIGUIENTES DATOS POR:

- Los datos personales ya no son necesarios en relación con los fines para los que fueron recogidos habiendo pasado más de 5 años de ello.
- Los datos son inexactos, excesivos, obsoletos, incompletos o inapropiados para la finalidad para la que fueron recogidos o tratados
- Los datos personales han sido tratados ilícitamente
- Otros _____

Y para que así conste lo firmo en _____, a _____ de _____ de 20 _____

Dr./Dra.

Firma y nº de colegiado

Servicio / Unidad UDCA

MODELO 4

INFORME PROFESIONAL SANITARIO RESPECTO RECTIFICACIÓN DATOS SANITARIOS

D/D^a _____, en calidad de _____
del Centro Sanitario Hospital General Universitario Elche, tras valorar la solicitud referente a D/D^a _____ con SIP _____ considero que: (marcar lo que proceda)

1. **NO PROCEDE REALIZAR LA RECTIFICACIÓN DE LOS DATOS SOLICITADOS POR:**
- La solicitud es infundada, excesiva o repetitiva
 - La solicitud está realizada por un tercero fuera de los casos previstos en la ley
 - Por no disponer de datos suficientes que confirmen la autenticidad de la solicitud
 - Otros _____

2. **PROCEDE LA RECTIFICACIÓN DE LOS DATOS SOLICITADOS POR:**
- MOTIVO:**

Y para que así conste lo firmo en _____, a _____ de _____ de 202

D/D^a

Firma y nº de colegiado

Nº expediente:

MODELO 5A

**INFORME PROFESIONAL SANITARIO RESPECTO CANCELACIÓN
DATOS SANITARIOS**

D/D^a _____, en calidad de _____
, del Centro Sanitario Hospital general Universitario de Elche, tras valorar la solicitud
referente a D/D^a _____ con SIP
considero que: (marcar lo que proceda)

1. **NO PROCEDE REALIZAR LA CANCELACIÓN** DE LOS DATOS SOLICITADOS POR:
- La solicitud es infundada, excesiva o repetitiva
 - La solicitud está realizada por un tercero fuera de los casos previstos en la ley
 - Por cumplimiento de una obligación legal:
 - Plazo de conservación menor de 5 años
 - Investigación
 - Interés público
 - No es posible suprimir los datos por razones de interés público en el ámbito de la salud pública
 - Por ser información clínica relevante y necesaria para la debida asistencia del paciente
 - Por ser los datos objeto de formulación, ejercicio o defensa de reclamaciones
 - Otros _____
2. **PROCEDE LA CANCELACIÓN** DE LOS DATOS SOLICITADOS POR:
- Los datos personales ya no son necesarios en relación con los fines para los que fueron recogidos habiendo pasado más de 5 años de ello.
 - Los datos son inexactos, excesivos, obsoletos, incompletos o inapropiados para la finalidad para la que fueron recogidos o tratados
 - Los datos personales han sido tratados ilícitamente
 - Otros _____

Y para que así conste lo firmo en _____, a _____ de _____ de 202

D/D^a

Firma y n^o de colegiado

N^o expediente:

MODELO 5B

RESPUESTA DENEGACIÓN DERECHO RECTIFICACIÓN/CANCELACIÓN

D/Dña.
C/

, a de 202

Estimado Sr/Sra.:

En respuesta a su escrito con número de registro en el que solicita la rectificación/cancelación de los datos sanitarios relacionados con una atención sanitaria, le comunicamos que no es posible atender su petición en los términos expuestos.

A tal efecto le informamos que de conformidad con lo previsto en el Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD), la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPD y GDD), y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana, no procede hacer efectiva la petición de su derecho de cancelación por .

En caso de disconformidad con este escrito, podrá solicitar la tutela del ejercicio de sus derechos ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Sin otro particular y quedando a su disposición para cualquier cuestión que precise.

Atentamente,

Comité de Valoración de Derechos ARCOPL
Departamento

RESPUESTA ACEPTACIÓN DERECHO RECTIFICACIÓN/CANCELACIÓN

D.
C/

, a de de 202

Estimado Sr./Sra.:

En respuesta a su escrito con número de registro en el que solicita la rectificación/cancelación de los datos personales relativos a una atención sanitaria, y habiendo considerado la misma conforme a Derecho, de acuerdo con lo previsto en el Reglamento UE 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD), la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPD y GDD), y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana.

Le comunicamos que se ha procedido a hacer efectivo, dentro del plazo previsto, el ejercicio de su derecho a la rectificación/cancelación de los datos solicitados.

Sin otro particular y quedando a su disposición para cualquier cuestión que precise.

Atentamente,

Comité de Valoración de Derechos ARCOPL
Departamento

DECLARACIÓN RESPONSABLE EN CASO DE FALLECIDOS

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./Dña. _____
con DNI _____ declaro responsablemente no haber sido
desautorizado, ni total ni parcialmente, para poder acceder a la información sanitaria
relativa a D/Dña. _____

Y, para que conste a los efectos oportunos, firmo la actual declaración en Elche, a __ de _____
de 20__.

Fdo.: