**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A HISTORIAL CLÍNICO**

**Datos del solicitante**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI/NIE/TIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datos del representante (si procede)**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI/NIE/TIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En calidad de: ☐ Tutor/a legal ☐ Apoderado/a ☐ Familiar autorizado/a

**OBJETO DEL CONSENTIMIENTO**

Por medio del presente documento, yo, el/la abajo firmante, autorizo de forma expresa, voluntaria, libre, consciente e informada el acceso y la obtención de mi historia clínica completa o parcial, incluyendo informes médicos, resultados de pruebas diagnósticas, tratamientos y evolución clínica, datos o documentos necesarios, a efectos de emisión del certificado del diagnóstico de patologías derivadas de la exposición al amianto, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 7.f), de Solicitud de certificado, del Real Decreto 483/2025, de 17 de junio, por el que se establecen los requisitos y se regula el procedimiento para reconocer el derecho a la compensación económica para las víctimas del amianto.

**DURACIÓN Y REVOCACIÓN**

Este consentimiento será válido hasta la finalización del procedimiento administrativo correspondiente, salvo que yo lo revoque antes. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, solicitándolo por escrito, sin perjuicio de la legalidad de los usos realizados hasta ese momento.

**CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS**

La información facilitada será tratada conforme al Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, la Ley Orgánica 3/2018 y la Ley 41/2002, garantizando la confidencialidad y seguridad de los datos personales y clínicos. Solo se accederá a la información estrictamente necesaria para los fines declarados.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
  
Firma del solicitante o representante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_