



Todo paciente tiene derecho al acceso a su historia clínica y así lo puede solicitar en cualquier centro sanitario que le haya atendido.

El artículo 18 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre de autonomía del paciente regula cómo debe ser el acceso a la historia clínica de un paciente en los siguientes términos:

Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica

- 1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.*
- 2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.*
- 3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.*
- 4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.*

Por otro lado, por si es de su interés, les informamos que el artículo anterior de la misma Ley regula el modo en que se ha de conservar la historia médica de los pacientes:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica

- 1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.*
- 2. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.*
- 3. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.*
- 4. La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.*
- 5. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.*
- 6. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.*

Si tiene alguna duda al respecto pregunte a su médico. En el siguiente punto de esta página web puede descargarse un archivo que le puede ayudar a conseguir copia de su historia médica si encuentra algún problema al respecto.



Base jurídica que por la que todo paciente tiene derecho a su informe

Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984, del Ministerio de Sanidad , por la que se regula la obligatoriedad del Informe de Alta, (B.O.E. 14.9.84). http://www.gservicios.sanidadmadrid.org/pdf/OM_6_sep_1984.pdf

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 (BOCM 15.11.02). http://www.gservicios.sanidadmadrid.org/pdf/L41_2002_14nov.pdf

Informe de alta:

El Informe de alta, escrito a máquina o con letra claramente legible debe contener como mínimo los siguientes datos:

1. Referidos al Hospital y Unidad Asistencial:

- A) Nombre del establecimiento, domicilio social y teléfono.
- B) Identificación del Servicio Clínico que da el alta.
- C) Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.

2. Referidos al paciente:

- A) Número de Historia Clínica y número de registro de entrada.
- B) Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente.
- C) Domicilio postal del lugar de residencia habitual del paciente.

3. Referidos al proceso asistencial:

- A) Fecha de admisión (ingreso).
- B) Fecha de alta.
- C) Motivo de alta: curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento o traslado a otro centro para diagnóstico y/o tratamiento.
- D) Motivo inmediato del ingreso.
- E) Resumen de la Historia Clínica y exploración física.
- F) Resumen de la actividad asistencial, incluyendo los resultados de las pruebas complementarias. En caso de fallecimiento y si se hubiese realizado necropsia, se expondrán los hallazgos más significativos de ésta, en un apartado específico.
- G) Diagnóstico principal.
- H) Otros diagnósticos si los hubiera.
- I) Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos. En caso de parto se especificará el peso al nacer, sexo y estado natal del recién nacido.
- J) Otros procedimientos significativos en su caso.
- K) Recomendaciones terapéuticas.

Si por algún motivo faltaran datos que impidan establecer un diagnóstico definitivo, se elaborará un Informe de Alta Provisional, que será sustituido en su día por el definitivo. Este informe provisional debe contener todos los datos señalados, excepto el 3.D, 3.E y 3.F, siendo sustituido el 3.G por el diagnóstico provisional.

Los datos personales recogidos, serán tratados con su consentimiento informado en los términos del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, y de conformidad a los principios dispuestos en la misma y en la Ley 8/2001, de la Comunidad de Madrid, pudiendo ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero. Para cualquier cuestión con esta materia puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012