

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre: .....DNI:.....(Adjuntar copia)  
Domicilio: .....  
Localidad: .....C.P. .... Teléfonos: .....  
Correo electrónico: .....

### DATOS DE LA CLÍNICA DONDE FUE ATENDIDO

Nombre de la clínica: .....  
Domicilio: .....  
Localidad: .....C.P.....Teléfonos: .....  
Facultativo/s que le han atendido: .....  
Nombre de la persona a quién va dirigida la reclamación: .....

➤ **¿Asistió como paciente privado o como asegurado de alguna compañía?**

- Como paciente privado.
- Como asegurado de la compañía .....
- Como beneficiario de la Seguridad Social

### TRATAMIENTO RECIBIDO

(Visitas y/o incidencias en relación a la actuación del profesional/es con indicación de fechas, diagnósticos y tratamientos).

.....  
.....

### MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

Detállela brevemente:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



➤ **¿Acudió posteriormente a otros dentistas u otras clínicas?**

- No
- Sí. ¿Qué le dijeron? .....
- ¿Podría darnos el nombre?.....

➤ **¿Ha presentado, además, alguna otra reclamación o denuncia?**

- No
- Sí, en.....

**DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:**

.....  
.....  
.....  
.....

**SOLICITUD:**

A la vista de los hechos que se relatan, solicito la conciliación del Colegio Oficial de Dentistas de las Islas Baleares para que el profesional/clínica anteriormente mencionados hagan lo siguiente:

.....  
.....  
.....  
.....

El interesado **autoriza** al Colegio Oficial de Dentistas de las Illes Balears para solicitar informe y copia de su historial clínico a la clínica dental objeto de la queja, todo ello a efectos de recabar todos los antecedentes del caso para la oportuna tramitación del expediente.

El Col·legi de Dentistes de les Illes Balears es el **responsable del tratamiento** de los datos personales del interesado, con la **finalidad** de cumplir con los fines asignados a los Colegios Profesionales, en cumplimiento de la Ley 2/1974, de 13 de febrero de Colegios Profesionales. Los datos no se **comunicarán** a terceros, salvo obligación legal. El interesado tiene **derecho** a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la **información adicional** detallada sobre Protección de Datos Personales, que puede consultar en nuestra página web <http://www.dentistasbalears.com/información-adicional-sobre-proteccion-de-datos>. Para realizar el tratamiento descrito, el responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito. El **interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos.

Palma, a..... de.....de 20.....

Fdo.:.....  
(nombre y apellidos)

