



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS
DE LA REGIÓN DE MURCIA

C/ MARIA ZAMBRANO, 4 – EDIF. DORICO. BAJO
Telf. 968 20 16 65 / 968 24 02 49
Fax 968 20 16 69
30007- MURCIA

HOJA DE RECLAMACIONES PARA CLÍNICAS DENTALES

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMADO

Nombre de la Consulta o Razón social		
Nombre y Apellidos del Dentista		Nº Colegiado
Municipio		C.P.
Dirección		
NIF / CIF	Teléfono	Fax
E-mail:		

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

Nombre y Apellidos			
Nacionalidad		DNI / Pasaporte	
Municipio	C.P.	Dirección	
Teléfono		Fax	E-mail

OBJETO Y HECHOS MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

PETICIÓN CONCRETA

ALEGACIONES DEL RECLAMADO

Lugar del hecho: _____ Fecha: _____ Hora: _____

FIRMA DEL RECLAMANTE

FIRMA Y SELLO DEL RECLAMADO



Anexo I

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA HOJA DE RECLAMACIÓN

- 1.- Las hojas de reclamaciones son un medio que pone el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Murcia a disposición de los ciudadanos para formular sus quejas, denuncias o reclamaciones en el mismo lugar en que se produzcan los hechos.
- 2.- La entrega y utilización de las hojas de reclamaciones por parte de las clínicas dentales y pacientes, respectivamente es totalmente GRATUITA, para el paciente.
- 3.- Las hojas de reclamaciones deben estar siempre a disposición de los ciudadanos en la misma clínica en que se produzcan los hechos objeto de la reclamación y se deberán proporcionar por cualquier empleado de la clínica inmediatamente después de que sean solicitadas.
- 4.- Las hojas de reclamaciones están compuestas por TRES EJEMPLARES.
 - Ejemplar para ser remitido por el reclamante al Colegio de Dentistas de Murcia.
 - Ejemplar para el reclamado, que podrá ser fotocopia, siempre que las firmas sean originales y lleven el sello de la empresa.
 - Ejemplar para el reclamante, que podrá ser fotocopia, siempre que las firmas sean originales y lleven el sello de la empresa.
- 5.- Antes de la entrega al paciente de las hojas de reclamaciones, la clínica (“reclamada”), consignará en las mismas todos los datos correspondientes a su identificación.
- 6.- A continuación, el reclamado entregará las hojas de reclamaciones al ciudadano (“reclamante”), quien consignará los datos correspondientes a su identificación, los hechos en que fundamente su queja, denuncia o reclamación y en éste último caso, la petición aducida frente al reclamado de forma expresa y clara.
- 7.- El reclamado podrá a su vez, hacer constar los hechos en que fundamente su oposición a la queja, denuncia o reclamación planteada, o cualquier otra consideración que estime oportuna.
- 8.- Finalmente se consignará el lugar, la fecha y la firma de ambas partes, quedando, el reclamado con una copia y el reclamante con dos, una para él y otra para su presentación ante el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Murcia..
- 9.- Para que la reclamación cumplimentada siga su curso administrativo, el reclamante deberá presentar su copia y la del Colegio, en la Sede Colegial sita en C/ María Zambrano, 4 bajo de Murcia. El reclamante adjuntará a la hoja de reclamaciones cuanta documentación considere oportuna para acreditar los hechos consignados (facturas, justificantes de pago, folletos informativos, documentos de garantía...). El Colegio le devolverá su copia sellada, con fecha de presentación y número de registro.
- 10.- En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE n.º 298, de 14 de diciembre de 1999), se informa al consumidor y usuario de que los datos recogidos en las hojas de reclamaciones, cumplimentadas voluntariamente por los interesados, se incorporarán a un fichero para su tratamiento automatizado con la finalidad de tramitar la reclamación formulada por el consumidor y usuario. El responsable del fichero es el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia. El interesado podrá ejercer en cualquier momento su derecho de acceso al fichero y de rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

AUTORIZACIÓN DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

Colegio Oficial de Dentistas de Murcia
C/ María Zambrano, 4. Bajo
30007 Murcia.

Ref. Reclamación: _____

D./Dña. _____, mayor de edad con
D.N.I. _____¹, domicilio a efectos de notificaciones en
_____ y teléfono de contacto
_____, por medio de la presente:

AUTORIZO EXPRESAMENTE al Colegio Oficial de Dentistas de Murcia a solicitar y obtener en mi nombre, copia de mi historia clínica (Presupuestos, Facturas, Recibos, Informes, Radiografías, Consentimientos Informados, etc.) a los efectos de proceder al estudio y resolución de la reclamación por mi formulada ante dicho órgano.

En Murcia, a _____ de _____ de 20__.

Fdo: D./Dña.

¹ Adjuntar fotocopia por las dos caras del D.N.I.

AUTORIZACIÓN RELATIVA A LA PROTECCIÓN DE DATOS EN MATERIA DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

Responsable del tratamiento de datos:

<i>Colegio Profesional</i>	DENTISTAS MURCIA
<i>CIF</i>	Q3066008H
<i>Dirección Postal</i>	MARÍA ZAMBRANO, 4. BAJO
<i>Teléfono</i>	968201665
<i>Correo electrónico</i>	colegio@dentistasmurcia.com
<i>Datos de contacto del DPO</i>	

¿Con qué finalidad se tratan sus datos personales?

Los datos por usted aportados y de cuya exactitud, veracidad y validez usted mismo responde serán tratados por el Colegio MURCIA con el fin de gestionar y resolver las quejas y reclamaciones recibidas. A este respecto, le informamos de que no se van a realizar transferencias internacionales de datos.

Desde el Colegio MURCIA no se elaborarán “perfiles de usuario” en base a decisiones automatizadas, si bien le informamos de que sus datos podrán ser utilizados con fines estadísticos o de investigación. En todo caso, dicho tratamiento se realizará respetando su anonimato de conformidad con la legislación vigente, y en particular del Reglamento (UE) 2016/679, 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 y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos).

¿Por cuánto tiempo se conservarán sus datos?

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán, adoptando las medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización (anonimato) de los datos o la destrucción total de los mismos.

¿Cuáles son sus derechos en materia de protección de datos?

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.

- Derecho a la portabilidad de datos.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Al tratarse de derechos personalísimos, las solicitudes deberán hacerse formalmente acreditando mediante fotocopia del DNI y autorización de representación, en su caso, la persona del solicitante. Al objeto de facilitarle la tramitación, el Colegio MURCIA, pone a su disposición los formularios de solicitud dirigiéndose a través de los datos de contacto arriba referenciados.

Autorización

Conocidos todos los puntos anteriores, yo, D./Dña.

Con D.N.I-----¹, autorizo a que los datos aportados como reclamante puedan ser puestos en conocimiento del profesional o profesionales involucrados, compañías de asistencia dental o compañías aseguradoras afectadas, miembros de la Junta de Gobierno de este Colegio, miembros de la Comisión Deontológica, así como a otros Colegios de Odontólogos y Estomatólogos, al Consejo General de Dentistas de España, y a la Administración, si fuera preciso, a efectos de resolver la queja o reclamación interpuesta.

Autorizo:

Asimismo, autorizo al Colegio para que mis datos sean utilizados en sede judicial en caso de que los hechos objeto de reclamación pudieran ser constitutivos de presuntos delitos.

Autorizo:

En -----, a ----- de ----- de 2018

Fdo: D./Dña

¹ Adjuntar fotocopia por las dos caras del DNI

SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA POR EL PACIENTE

Clínica: _____

DR./DRA. _____

C/ _____

C.P. _____

En a de de

Don/Doña _____, mayor de edad, con DNI
_____ ¹ con domicilio a efecto de notificaciones en
_____,
y teléfono _____, actuando en mi propio nombre y representación, por
medio de la presente procedo a ejercer mi **DERECHO DE ACCESO** a la **HISTORIA
CLÍNICA**, a cuyos efectos **SOLICITO**:

Se me de traslado de copia completa de la Historia Clínica, con especial mención de los profesionales que me prestaron atención, indicando sus nombres, apellidos y números de colegiado, intervenciones realizadas, copia de las pruebas diagnósticas de imagen realizadas, consentimientos informados y demás documentos que contengan datos, valoraciones en informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica del paciente de conformidad con lo establecido en el artículo 3 de la 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.

La documentación solicitada está sustentada en el contenido de la historia clínica de conformidad con el artículo 15 de la mencionada Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Dicha documentación es necesaria a los efectos de no perjudicar los intereses del paciente, solicitando que sea facilitada en un plazo no superior a quince días naturales desde la presentación de este escrito, evitando así la reclamación de los mismos por vía judicial, así como la denuncia ante la Agencia de Protección de datos, para el caso de vulneración al derecho de acceso de la información solicitada.

Además, por medio de la presente se efectúa la correspondiente reclamación de los daños y perjuicios sufridos, por lo que el paciente queda a su disposición en la dirección y teléfonos indicados, sirviendo la presente comunicación como **REQUERIMIENTO PREVIO** para interrumpir la prescripción a los efectos de las posibles acciones judiciales que en derecho asistan al paciente que suscribe.

Firma del Reclamante

¹ Adjuntar fotocopia por las dos caras del DNI