



HOJA DE RECLAMACIONES DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE LOS DENTISTAS **ANEXO I: CUESTIONARIO A CUBRIR POR EL RECLAMANTE**

*Usted va a plantear una reclamación/queja en nuestro Colegio, por eso vamos a ayudarle a la hora de recabar información suficiente para poder estudiar su caso. Lea este cuestionario y responda con letra clara o marcando la respuesta que más se aproxime a su realidad. Le recomendamos que debe adjuntar a este cuestionario copia de su DNI y de las pruebas de que disponga relacionadas con su queja (historia clínica, radiografías, modelos de estudio, TAC, presupuestos, facturas o fotografías). **Imprima, cumplimente y firme en todas sus páginas este cuestionario y adjúntelo a la hoja de reclamaciones (Ejemplar para el Colegio) debidamente cumplimentada.***

DATOS PACIENTE:

NOMBRE:	_____	APELLIDOS:	_____
D.N.I.:	_____	AÑO NACIMIENTO:	_____
DIRECCIÓN:	_____	CODIGO POSTAL:	_____
POBLACIÓN:	_____	PROVINCIA:	_____
TELÉFONO DE CONTACTO:	_____	E-MAIL:	_____

DATOS CLÍNICA:

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL:	_____				
DIRECCIÓN:	_____	CODIGO POSTAL:	_____		
POBLACIÓN:	_____	PROVINCIA:	_____	TEL.:	_____
DENTISTAS QUE LE ATENDIERON:					
_____	Nº COLEGIADO	_____			
_____	Nº COLEGIADO	_____			
_____	Nº COLEGIADO	_____			
_____	Nº COLEGIADO	_____			

- ¿Puede indicarnos de qué tipo de clínica se trata? (marque con una cruz):
 - Clínica privada
 - Clínica de una franquicia, marca o cadena
 - Clínica de una Compañía de aseguradora
 - Otras
- ¿Cuál es la causa principal de su queja? (marque con una cruz):
 - Fracaso del tratamiento (rotura, infección, impotencia masticatoria o fonatoria, pérdida de estética, etc.)
 - Tratamiento no satisfactorio
 - No entrega de la historia clínica y/o pruebas complementarias (p.ej.: Radiografías. TAC, modelos, fotografías, etc)
 - No entrega de facturas
 - Cobro de tratamientos no realizados
 - Precio abusivo
 - Realización de tratamientos que no estaban planificados sin información previa al paciente
 - Falta de consentimiento informado
 - Mal trato personal
 - Otros: _____

Firma:

● ¿Inicialmente le ofrecieron algún tipo de garantía sobre el tratamiento?: Sí No

- En qué consistía esta garantía: _____

● ¿Cree que pudo trabajar en su boca un profesional que no fuese dentista?: Sí No

- ¿Qué tipo de profesional? Auxiliar Higienista Protésico

- ¿Podría darnos su nombre? _____

- ¿Qué trabajo le realizó? _____

● ¿Qué solicitaría para llegar a un acuerdo que pudiese resolver el problema que plantea?:

● Documentos que adjunta (Copias):

_____ a _____ de _____ de _____

Firma: