

CUESTIONARIO PARA EL RECLAMANTE

Usted va a plantear una 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 adjunte a este cuestionario todas las pruebas que disponga relacionadas con su queja (historia clínica, radiografías, modelos de estudio, TAC, presupuestos, facturas o fotografías (siempre y cuando sea posible entregue copias legibles y quédese usted con el material original). Posteriormente, dichas pruebas se le devolverán.						
Ν	NOMBRE Y APELLIDOS:					
D	DOMICILIO:					
L	OCALIDAD:C.P.:					
	ROVINCIA:TELÉFONO:					
	EMAIL:					
0	¿Nombre del odontólogo u odontólogos reclamados?					
0	¿Nombre y dirección de la clínica donde se llevó a cabo el tratamiento?					
0	¿Puede decirnos de qué tipo de clínica se trata? □ Clínica privada □ Clínica de una cadena □ Clínica de una aseguradora					
0	Causa principal de su queja: □ Fracaso del tratamiento (rotura, infección, impotencia masticatoria o fonatoria o					
	pérdida de estética)					
☐ Resultado del tratamiento no satisfactorio						
	□ No entrega de la historia clínica					
	\square No entrega de facturas					
	□ No entrega de una copia de pruebas complementarias (p.j.: radiografías, TAC o					
	fotografías)					

	□ Cobro de tratamientos no realizados						
	 □ Precio abusivo □ Realización de tratamientos que no planificados sin información previa al paciente □ Incumplimiento de ley de protección de datos 						
	☐ Mal trato personal						
	☐ Otros:						
0	¿Comunicó su problema al dentista antes de hacer esta reclamación? Sí No						
	¿Intentaron poner solución a su problema?						
	En caso afirmativo, ¿cómo intentaron resolver su problema?						
0	¿Ha acudido a otros dentistas para una segunda consulta o para solucionar el						
O	problema?						
	¿A qué dentista acudió?						
	c, r que deminita dedane.						
0	¿Qué le han realizado o propuesto para solucionar su problema?						
0	¿Inicialmente le ofrecieron algún tipo de garantía sobre el tratamiento? Sí No						
	En qué consistía esta garantía:						
0	¿Cree que pudo trabajar en su boca un profesional que no fuese dentista?						
	Auxiliar Higienista Protésico						
	¿Podría darnos su nombre y el trabajo que le realizó?						
0	¿Qué solicitaría para llegar a un acuerdo que pudiese resolver el problema que plantea?:						

Fecha:// Nombre:			
Firma:			

o A continuación, describa los hechos (por favor, escriba con letra clara):

IMPORTANTE: En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos que nos proporcione serán almacenados en un fichero de titularidad pública denominado "COMISIÓN DEONTOLÓGICA" cuya finalidad es la gestión de las quejas, reclamaciones y denuncias relacionadas con las actuaciones de Instituciones, Organismos o profesionales del área de la odontología y estomatología. Dichos datos no serán cedidos para ninguna finalidad diferente de la mencionada previamente. Este fichero es propiedad del ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE LA RIOJA con domicilio C/ Rúavieja 67-69, 2º planta 26001 Logroño (La Rioja). La información demandada es de carácter voluntario, si bien en caso de negativa a ser proporcionada ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE LA RIOJA se reserva el derecho a negarle la prestación del servicio por el que se le solicita. Usted puede ejercer sus derechos de modificación, cancelación u oposición poniéndose en contacto con el Colegio en la dirección previamente mencionada.

CESIÓN DE DATOS

D.DÑA:
con DNI/NIF n°
Da consentimiento expreso y autoriza tan ampliamente como en Derecho sea necesario, al Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de La Rioja, para que proceda al tratamiento, y en su caso, cesión de los datos personales sanitarios referidos al compareciente que aparecen relacionados en la denuncia que ha presentada en dicho Colegio, junto con los documentos médicos anexados a la denuncia, tales como historia clínica odontológica, radiografías, escáneres, presupuestos, contratos, modelos de consentimiento informado, imágenes, etc., todo ello en relación con la asistencia odontológica recibida.
La cesión de datos que se consiente y autoriza lo es exclusivamente a favor de las Autoridades (Administraciones) competentes en materia de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de La Rioja, y de Defensa de la Competencia -tanto autonómica como estatal-, a los fines de que puedan evaluar en el ámbito de sus respectivas competencias la adecuación a la legalidad de las actividades desarrolladas por la citada clínica dental, y particularmente, en relación a los hechos denunciados ante el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de La Rioja por el suscribiente.
Logroño, a De
Fdo.: