

QUEJA O RECLAMACIÓN ODONTOLÓGICA

Los campos marcados con * son imprescindibles para poder tramitar su solicitud, en caso de que no se incorpore la información mínima necesaria, su reclamación será archivada.

DATOS DE LA PERSONA RECLAMANTE *:

Nombre y Apellidos:

Domicilio:

Localidad:

C.P:

Provincia:

D.N. I y N.I. F:

Teléfono:

Correo electrónico que será el medio preferente de notificaciones y comunicaciones con el Colegio¹:

(¹) Este correo electrónico indicado por usted, será el medio preferente para las comunicaciones y notificaciones que este Colegio Oficial tenga que realizarle.

DATOS DE LA CLÍNICA DENTAL Y PROFESIONAL RECLAMADO:

Datos fiscales de la Clínica Dental Reclamada^{2*}:

Nombre de la Clínica Dental ³:

Dirección de la Clínica*:

C.P :

Localidad:

(²) Puede localizar los datos fiscales de la clínica en las facturas que le hayan emitido.

(³) Indique en su caso el nombre de la marca o franquicia a la que pertenece .

Nombre y Apellidos de los Dentista/s que le atendieron (no personal de dirección o administración de la clínica) *:

Se le indica la **importancia** de identificar mediante nombre y apellidos, y a ser posible número de colegiado, al profesional o profesionales sanitarios que le atendieron.

¿Cuál es la causa principal de su queja o reclamación⁴?

Tenga en cuenta que el colegio no puede atender reclamaciones de tipo económico, y que no gestionará escritos que utilice un vocabulario malsonante o soez, ni aquellos que hagan referencia a posibles ilícitos penales, por exceder esta última cuestión el ámbito de su competencia.

Estudio/exploración inicial o Primera visita .

- Motivo Clínico (anestesia, blanqueamiento, estética, cirugía bucal, dolor o sensibilidad al cambiar empastes, endodoncia, exodoncia, férula de descarga, limpieza bucal, molestias por tallado de piezas, implantes, ortodoncia, periodoncia, rehabilitación mediante prótesis, cualquier otro tratamiento clínico).
- Motivo administrativo (falta de entrega de documentación clínica, problemas con la gestión de citas, demora de tratamientos, cancelación o cambios continuos de cita imputables a la clínica o profesional).
- Motivo económico ⁽⁴⁾ (solicitud de devolución de importe de tratamientos abonados y no realizados, discrepancia entre lo presupuestado y el trabajo realizado, publicidad dudosa o engañosa, incremento injustificado en presupuestos, negativa a entregar facturas de tratamientos realizados, cierre de clínica con suspensión unilateral del tratamiento, etc.)

⁽⁴⁾ Las quejas o reclamaciones con motivo económico, no pueden ser gestionadas por el Colegio.

-
- Motivos relacionados con incumplimiento en Protección de Datos
 - Cierre de Clínica sin previo aviso
 - Especifique** otro motivo:

● **A continuación, describa los hechos ***

Escriba con letra clara. Puede hacerlo en mayúsculas. Recomendamos que se rellene a ordenador.

Fecha del suceso al que se refiere la queja (mes y año) * :

Se le indica la **importancia** de identificar mediante nombre y apellidos, y a ser posible número de colegiado, al profesional o profesionales sanitarios que le atendieron, relatando con detalle las acciones realizadas por los mismos.



colegio oficial de dentistas
LAS PALMAS

Calle Triana nº 60 – 2º piso
35002
Las Palmas
928 36 01 59
928 43 25 46
www.coelp.es

¿Qué es lo que solicita? *

Expresar con claridad el contenido y alcance de lo que solicita a este Colegio.

Cumplimente en el siguiente listado la documentación que aporta.

Copia de la Historia clínica* (si no se la han entregado podemos facilitarle un modelo para solicitarla).

Aviso sobre Privacidad

Los datos personales que obren en el expediente serán tratados bajo la responsabilidad del COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE LAS PALMAS con las siguientes características:

Tratamiento: (i) Tramitación y resolución de quejas o reclamaciones de Consumidores y Usuarios. (ii) Tramitación de reclamaciones odontológicas por el Comité de Ética y Deontología del Colegio Oficial de Dentistas de las Palmas.

Finalidad: (i) Resolver sobre la queja o reclamación bien informando sobre el sistema extrajudicial de resolución de conflictos, bien remitiendo el expediente a los órganos colegiales competentes para instruir los oportunos expedientes informativos o disciplinarios, bien archivando o bien adoptando cualquier otra decisión conforme a derecho. (ii) Velar por el cumplimiento de los principios éticos, deontológicos y jurídicos por parte de los colegiados del Colegio Oficial de Dentistas de las Palmas en el ejercicio de su profesión

Legitimación: (i) Obligación legal de la Ley 2/1.974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales (ii) Cumplimiento de fines estatutarios.

Duración Los datos serán conservados el plazo necesario en relación a cada una de las finalidades anteriores, así como para atender posibles responsabilidades derivadas.

Información Adicional y ejercicio de derechos: Consulte la sección: <https://coelp.es/politica-de-privacidad.html>

En _____, a _____ de _____ de 2022.

Trámite telemático preferente

Cumplimente el formulario digitalmente insertando su firma mediante certificado electrónico reconocido y envíelo a info@coelp.es.

En caso de no disponer de firma electrónica, imprima el formulario después de rellenarlo, y una vez firmado, preséntelo físicamente en el COELP, o envíelo por correo postal, aportando, en estos casos, copia de su DNI /NIE .

Indique DNI.NIE: