

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
Tel. 928 36 01 59
Fax. 928 36 01 63
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*

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: Si desea ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión u oposición, puede hacerlo enviando un email a dpd@coelp.es indicando en todo caso la Referencia: "Protección de datos" y acompañando algún documento que acredite su identidad, como copia del DNI. Asimismo, tiene derecho a presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. Para ampliar información consulte www.coelp.es/politica-de-privacidad.html

En _____ a _____ de _____ de _____

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: