



Expediente Nº: _____

Registro de Entrada

Imprima, cumplimente y firme en todas sus páginas este formulario y envíelo al Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Alicante a la dirección postal arriba indicada o por correo electrónico, previo escaneo correcto (no fotos) de estos impresos debidamente cumplimentados y firmados. Adjunte fotocopia de la parte delantera de su DNI (con firma digital no será necesaria) y de los documentos que considere oportunos para apoyar su queja/reclamación.

FORMULARIO DE QUEJA/RECLAMACIÓN PACIENTE ODONTOLÓGICO

Las competencias que esta Corporación ostenta vienen referidas por Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, a las quejas y reclamaciones de consumidores o usuarios por la ACTIVIDAD COLEGIAL O PROFESIONAL DE SUS COLEGIADOS, conforme el código ético de la profesión

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RECLAMANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

C.P.: _____ CIUDAD: _____ PROVINCIA: _____

EDAD: _____ D.N.I.: _____ (adjunte fotocopia de la parte delantera de su DNI a estos impresos. Con firma digital no será necesario enviar dicha fotocopia)

TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____

MARQUE SI ES TUTOR LEGAL: SI ☐ NO ☐

MARQUE SI ES REPRESENTANTE LEGAL: SI ☐ NO ☐ (adjunte acreditación a estos impresos)

Si el paciente es menor de edad o distinto del reclamante:

DATOS DEL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

C.P.: _____ CIUDAD: _____ PROVINCIA: _____

EDAD: _____ D.N.I.: _____

DATOS DEL RECLAMADO:

NOMBRE Y Nº DE COLEGIADO DEL DENTISTA QUE LE ATENDIÓ

¿Le atendió siempre el mismo dentista? SI ☐ NO ☐

DETALLE NOMBRES Y NÚMEROS DE COLEGIADOS, SI LOS SABE: _____

CLÍNICA DENTAL (NOMBRE COMERCIAL Y EMPRESA) _____

TIPO DE CLÍNICA (marque la que corresponda)

FRANQUICIA ☐ SEGURO ☐ PRIVADA ☐ OTROS ☐

DIRECCIÓN: _____

C.P.: _____ CIUDAD: _____ PROVINCIA: _____

Firma: _____



This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper. There are no margins, text, or other markings on the page.

FECHA DE LOS HECHOS

- Firma:



- ¿ACUDIÓ POSTERIORMENTE A OTROS DENTISTAS U OTRAS CLÍNICAS? _____

- ¿QUÉ LE DIJERON? _____

- DATOS DE OTROS DENTISTAS A LOS QUE ACUDIÓ POSTERIORMENTE _____

- ¿HA PRESENTADO ALGUNA OTRA RECLAMACIÓN O DENUNCIA? _____
- ¿CREE QUE TRABAJÓ EN SU BOCA ALGUIEN QUE NO ERA DENTISTA O HIGIENISTA?
NO ☐ SI ☐ DESCRÍBALO O INDIQUE SU NOMBRE, SI LO SABE, Y QUÉ LE HIZO _____

A CONTINUACIÓN, DETALLE Y ENUMERE LA DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA EN RELACIÓN CON LOS HECHOS RECLAMADOS Y DECLARADOS. (Presupuestos, facturas, recibos, recetas, radiografías, fotografías, tarjeta de citas, informes clínicos, partes de urgencia, etc)

DOC. 1 _____
DOC. 2 _____
DOC. 3 _____
DOC. 4 _____
DOC. 5 _____
DOC. 6 _____
DOC. 7 _____
DOC. 8 _____
DOC. 9 _____
DOC. 10 _____

(Los documentos puede hacerlos llegar escaneados al C.O.E.A. por e-mail a reclamaciones@coea.es o por correo postal, junto con esta reclamación firmada)

ADVERTENCIA: No se dará trámite a ninguna reclamación anónima y/o en la que no conste firma en todas sus páginas

En, a.....de.....de 2.0.....

Firma: