



FORMULARIO DE QUEJAS Y RECLAMACIONES ANTE EL COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLON

Denunciante:

Domicilio:

DNI:

E-mail:

Teléfono de contacto:

- ¿Cuál es el nombre del odontólogo u odontólogos reclamados?

- ¿Cuál es nombre y dirección de la clínica donde se llevó a cabo el tratamiento?

- ¿Puede decirnos de qué tipo de clínica se trata? (selecciones con una cruz)

Clínica privada

Clínica Corporativa

Clínica de una aseguradora

- ¿Cuál es la causa principal de su queja?

Fracaso del tratamiento (rotura, infección, impotencia masticatoria o fonatoria o pérdida de estética)

Resultado del tratamiento no satisfactorio

Falta de entrega de la historia clínica

Falta de entrega de facturas

Falta de o entrega de copia de pruebas complementarias (p.j.: radiografías, TAC o fotografías)

Cobro de tratamientos no realizados

Precio abusivo

Realización de tratamientos que no estaban planificados sin información previa al paciente

Incumplimiento de ley de protección de datos

Mal trato personal

Otros: _____

- Describa, de forma resumida, el motivo su queja:

• ¿Comunicó su problema al dentista antes de hacer esta reclamación? Sí No

¿Intentaron poner solución a su problema? Sí No

En caso afirmativo, ¿cómo intentaron resolver su problema?

• ¿Ha acudido a otros dentistas para una segunda consulta o para solucionar el problema? Sí No

¿A qué dentista/clínica acudió?

¿Qué alternativas le han propuesto para solucionar su problema?

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

. En caso afirmativo ¿en qué consistía dicha garantía?:

• ¿Cree que pudo trabajar en su boca un profesional que no fuese dentista? Si No

. En caso afirmativo, ¿de qué profesional se trataba? Auxiliar Higienista Protésico Otros

. ¿Podría darnos su nombre y el trabajo que le realizó?

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

• A continuación, describa los hechos (por favor, escriba con letra clara -puede hacerlo en mayúsculas-):



En , a de de 2018

Firma: D./Dña.



AUTORIZACIÓN RELATIVA A LA PROTECCIÓN DE DATOS EN MATERIA DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

Responsable del tratamiento de datos:

<i>Colegio Profesional</i>	COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLON
<i>CIF</i>	Q-1200266-C
<i>Dirección Postal</i>	C/ Tenerías, 77 – bajo 12003 CASTELLON
<i>Teléfono</i>	964340313
<i>Correo electrónico</i>	secretaria@cooecs.es
<i>Datos de contacto del DPO</i>	AUDA CONSULTORES, S.L. Avda. De Suecia, 17 2ª 46010 VALENCIA

¿Con qué finalidad se tratan sus datos personales?

Los datos por usted aportados y de cuya exactitud, veracidad y validez usted mismo responde serán tratados por el Colegio Oficial de Dentistas de Castellón con el fin de gestionar y resolver las quejas y reclamaciones recibidas. A este respecto, le informamos de que no se van a realizar transferencias internacionales de datos.

Desde el Colegio Oficial de Dentistas de Castellón no se elaborarán “perfiles de usuario” en base a decisiones automatizadas, si bien le informamos de que sus datos podrán ser utilizados con fines estadísticos o de investigación. En todo caso, dicho tratamiento se realizará respetando su anonimato de conformidad con la legislación vigente, y en particular del Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos).

¿Por cuánto tiempo se conservarán sus datos?

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán, adoptando las medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización (anonimato) de los datos o la destrucción total de los mismos.



¿Cuáles son sus derechos en materia de protección de datos?

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a la portabilidad de datos.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Al tratarse de derechos personalísimos, las solicitudes deberán hacerse formalmente acreditando mediante fotocopia del DNI y autorización de representación, en su caso, la persona del solicitante. Al objeto de facilitarle la tramitación, el Colegio Oficial de Dentistas de Castellón, pone a su disposición los formularios de solicitud dirigiéndose a través de los datos de contacto arriba referenciados.

Autorización

Conocidos todos los puntos anteriores, yo, D./Dña. _____, con D.N.I. _____¹, autorizo a que los datos aportados como reclamante puedan ser puestos en conocimiento del profesional o profesionales involucrados, compañías de asistencia dental o compañías aseguradoras afectadas, miembros de la Junta de Gobierno de este Colegio, miembros de la Comisión Deontológica, así como a otros Colegios de Odontólogos y Estomatólogos, al Consejo General de Dentistas de España, y a la Administración, si fuera preciso, a efectos de resolver la queja o reclamación interpuesta.

Autorizo:

Asimismo, autorizo al Colegio para que mis datos sean utilizados en sede judicial en caso de que los hechos objeto de reclamación pudieran ser constitutivos de presuntos delitos.

Autorizo:

En Castellón, a _____ de _____ de 2018

Fdo: D./Dña



¹ Adjuntar fotocopia por las dos caras del DNI