**FORMULARIO DE RECLAMACIONES Y QUEJAS SOBRE ASISTENCIA SANITARIA.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA RECLAMANTE.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE Número de documento | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | | Nombre: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: | | |  | | | | | | | | | | | 2º Apellido: | | | | |  | | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | | C.P.: |  | | |  | Población: | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | | Teléfono móvil: | | | |  | | | | |  | | Correo electrónico: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **REALIZO LA RECLAMACIÓN O QUEJA EN CALIDAD DE (Marcar la opción correspondiente).** |
| Paciente  Reclamante  Representante de la persona paciente / reclamante  Persona vinculada al paciente fallecido/a Tutor/a  Otros: Especificar |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA PACIENTE.**  ***Sólo rellenar en caso de no coincidir con la persona reclamante.*** | | | | | | | | | |
| NIF NIE Número de documento | | Número de documento: |  | | Nombre: | |  |  | |
|  | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: |  | | | 2º Apellido: | |  | |  | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento:  Domicilio:  Provincia:       Código Postal:       Población:  Teléfono:       Teléfono móvil:       Correo electrónico:  Número de la tarjeta sanitaria:       Número de historia clínica: | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DEL/DE LA RECLAMANTE.**  **(si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente)** | | | | | | | | | |
| NIF NIE Número de documento | | Número de documento: |  | | Nombre: | |  |  | |
|  | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: |  | | | 2º Apellido: | |  | |  | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento:  Domicilio:  Provincia:       Código Postal:       Población:  Teléfono:       Teléfono móvil:       Correo electrónico: | | | | | | | | |  | |

|  |
| --- |
| **GERENCIA OBJETO DE LA RECLAMACIÓN O QUEJA.** |
| Escriba el nombre del establecimiento o centro objeto de la reclamación o queja:    Ámbito: Atención Hospitalaria  Atención Primaria  Otros |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD.** |
|  |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN.** |
| Correo *postal.*  Notificación electrónica.  Correo electrónico.  Teléfono. |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS.** |
| **Declaración responsable:**  Declaro que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69, punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración Pública salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de identidad.  En el caso de no autorizar la comprobación de los datos indicados, se compromete a aportar la documentación pertinente.  **Documentación que se adjunta a la presente reclamación/queja:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Cuidados y Calidad |
| **Finalidad** | Establecer vías y registro de reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios, centros y establecimientos del Servicio de Salud de Castilla- La Mancha. |
| **Legitimación** | Ejercicio de Poderes Públicos - Ley 14/1986,de 25 de abril, General de Sanidad (art.10.12) –Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha (art.4.1)n) – Ley 5-2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de Salud de Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios** | No existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica:   [**https://rat.castillalamancha.es/info/1805**](https://rat.castillalamancha.es/info/1805) |

En      a        de       de

Firma de la persona paciente / reclamante,

**TITULAR DE LA GERENCIA DE** Elija un elemento.