



Nº Procedimiento

090003

Código SIACI
SJGS

FORMULARIO DE RECLAMACIONES Y QUEJAS SOBRE ASISTENCIA SANITARIA.

DATOS DE LA PERSONA RECLAMANTE.

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:		Nombre:	
Número de documento					
1º Apellido:		2º Apellido:			
Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:		Nombre:	
documento					
1º Apellido:		2º Apellido:			
Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>
documento					
1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>		
Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>				
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

En a de de

Firma de la persona paciente / reclamante,

-



Castilla-La Mancha

TITULAR DE LA GERENCIA DE