



Ilustre Colegio Oficial de Dentistas  
de Santa Cruz de Tenerife

## Formulario de quejas profesionales contra Clínicas dentales:

Denunciante: .....

Dirección: .....

DNI: ..... Teléfonos: .....

Instalaciones en las que fue atendido:

- Consultorio de un dentista. Nombre: .....
- Clínica, Policlínica o Macroclínica Dental .....
- ¿Pertenece a alguna cadena nacional? :  
No      Sí, a .....
- Nombre del dentista que le atendió (si lo conoce): .....

¿Asistió como paciente privado o como asegurado de alguna compañía?

- Como paciente privado
- Como asegurado de la compañía .....

¿Exponga en qué consiste su queja?

- Incumplimiento de garantías prometidas
- Negativa a darme factura
- Negativa a desglosar los costes de laboratorio
- Precios a mi juicio abusivos
- Mal trato personal
- Fracaso de tratamiento
- Otros

Detállela brevemente: .....

.....

.....

.....

¿Le comunicó su problema al dentista o la clínica antes de quejarse al Colegio?

- No
  - Sí. En este caso, ¿intentaron solucionársela?
    - No
    - Sí. ¿Cómo? .....
- .....
- .....

¿Acudió posteriormente a otros dentistas u otras clínicas?

- No
  - Sí. ¿Qué le dijeron? .....
- .....
- .....
- ¿Podría darnos, por favor, confidencialmente el nombre?:.....

¿Ha presentado, además, alguna otra reclamación o denuncia?

- No
- Sí, en .....

Cuando asistió la primera vez,

- ¿le diagnosticaron más problemas de los que creía tener?:
  - No
  - Sí
- ¿y cree que le diagnosticaron más problemas de los que tenía?
  - No
  - Sí

¿Le ofrecieron garantías sobre el tratamiento?

- No
- Sí. En este caso, detállelas o marque las que procedan:
  - Garantía de por vida en los tratamientos de prótesis
  - Garantía de por vida en las prótesis
  - Garantía de ..... años en los tratamientos de prótesis
  - Garantía de .... años en las prótesis
  - Garantía de por vida en los implantes
  - Garantía de ... años en los implantes
  - Garantía de ... años en las endodoncias
  - Otras (detállelas) : .....
  - .....
  - .....

¿Le atendió siempre el mismo dentista?

- No, me recibieron ..... dentistas diferentes para tratamientos del mismo tipo.
- No, me recibieron ..... dentistas diferentes, cada uno para tratarme cosas de tipo distinto (uno para ....., otro para ....., otro para .....) )
- Sí

¿Cree que trabajó en su boca alguien que no era dentista o higienista?

- No
- Sí. Descríbalo o diga su nombre (si lo sabe) y diga qué le hizo: .....
- .....

¿Le tomó impresiones (“moldes” de su boca) otra persona que el dentista:

- No
- Sí. En este caso, ¿quién (indique su nombre, aunque sólo sea el de pila, si lo sabe)?:
  - Un/a higienista o un/una auxiliar: .....
  - Un/una protésico/a .....
  - Otra persona cuya titulación desconozco: .....

**IMPORTANTE: De conformidad con la Ley Orgánica 15/1º999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, este Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de S.C. de Tenerife informa a la persona reclamante que los datos de carácter personal que nos proporciona en este cuestionario serán incluidos en ficheros de carácter manual o informatizado, de los que es titular dicho Colegio, que tienen la finalidad de gestionar los expedientes deontológicos que se tramitan a profesionales adscritos al mismo.**

**De no facilitarnos los datos mencionados, no será posible la tramitación de las quejas que se nos formulen.**

**Asimismo, se les informa que de que los derechos de acceso, rectificación y cancelación de la documentación presentada por usted podrán ser ejercicio en la sede del Colegio, calle Imeldo Serís nº 57 1º S.C. de Tenerife.**

**Mediante la firma de la presente cláusula, el interesado da su consentimiento al tratamiento manual o/e informatizado de los datos incluidos en este formulario, con los fines arriba indicados.**

**Lugar y fecha:** .....

**Nombre y apellidos del titular de los datos:** .....

..... D.N.I. .... Firma:

**Representante, en su caso:** .....

..... D.N.I. .... Firma: