Ilustre Colegio Oficial de Dentistas
de Santa Cruz de Tenerife

Formulario de quejas profesionales:

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

TEXTO (Indique de forma clara y breve el tipo de tratamiento recibido y motivo de la reclamación):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

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

¿Acudió posteriormente a otros dentistas u otras clínicas?

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

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

- o No
- o Sí, en …….

Cuando asistió la primera vez,

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

¿Le ofrecieron garantías sobre el tratamiento?

- o No
- o 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?

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

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

- o No
- o 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:

- o No
- o 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: …….

Que SOCILICTA en su reclamación:

.....
.....
.....
.....
.....

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: