



**DOCUMENTACIÓN:**

**En caso de tenerlos, indique los documentos que aporta relativos al caso:  
facturas, citas, otros informes,.....**

---

---

---

**LA CORUÑA, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2.007**

**Firmado:**

---

*Apartado de Correos, 2.212  
15080 La Coruña*

*C/ Riego de Agua, 29-3º  
15001 La Coruña  
Tfno 981 229 518, Fax 981 201 951  
cooe15@infomed.es*

---

**FORMULARIO DE QUEJAS PROFESIONALES DE CLINICAS 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): .....
- Protésico .....

¿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? .....
- .....  
.....

---

**Apartado de Correos, 2.212  
15080 La Coruña**

**C/ Riego de Agua, 29-3º  
15001 La Coruña  
Tfno 981 229 518, Fax 981 201 951  
cooe15@infomed.es**



# **Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de La Coruña**

**Secretaría**

---

¿Qué es lo que quiere?.....

¿Estaría dispuesto a volver a que le solucionaran el problema?.....

**IMPORTANTE:** De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, este Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la X Región (La Coruña) 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 odontológicos 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 Riego de Agua, 29-3º de La Coruña

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:

---

**Apartado de Correos, 2.212  
15080 La Coruña**

**C/ Riego de Agua, 29-3º  
15001 La Coruña  
Tfno 981 229 518, Fax 981 201 951  
cooe15@infomed.es**