



**RECLAMACIONES, QUEJAS, SUGERENCIAS Y  
CONSULTA JURÍDICA**

**DATOS DEL INTERESADO/A:**

NOMBRE Y APELLIDOS.....  
D.N.I./N.I.E.....NACIONALIDAD.....  
DOMICILIO.....  
LOCALIDAD.....C. POSTAL.....  
TELÉFONOS...../.....FAX.....  
E-MAIL.....F. NACIMIENTO.....  
TARJETA SANITARIA Ó Nº SEG. SOCIAL .....

**DATOS DEL REPRESENTANTE O PERSONA AUTORIZADA**

NOMBRE Y APELLIDOS.....  
D.N.I./N.I.E.....NACIONALIDAD.....  
DOMICILIO.....  
LOCALIDAD.....C. POSTAL.....  
TELÉFONOS...../.....FAX.....  
E-MAIL.....

**MOTIVO DE LA SOLICITUD**

- RECLAMACIÓN O QUEJA
- SUGERENCIA O PROPUESTA
- PETICIÓN DE ASESORAMIENTO O CONSULTA JURÍDICA

**DOCUMENTOS QUE APORTA**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....

**DATOS RELEVANTES DEL CASO:**

Fecha en la ocurrieron los hechos o comienza el problema:

\_\_\_\_\_

Hospital-Centros o Servicio donde fue atendido/a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Otras acciones o trámites iniciados**

1.-

\_\_\_\_\_

2.-

\_\_\_\_\_

3.-

\_\_\_\_\_

¿Cómo conoció al Defensor del Paciente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BREVE EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS:**

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



Las reclamaciones, quejas, sugerencias o propuestas dirigidas al Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid no afectan al derecho del interesado a utilizar las vías de recurso o reclamación atribuidas por ley, ni suspenden o interrumpen los plazos de prescripción o de caducidad para ejercitar las acciones legales que pudieran corresponderle.

Por el presente documento autorizo a la Oficina del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid para que acceda, en los términos que establece el artículo 11.2.d) de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, a la información y documentación clínica relativa al promotor de las presentes actuaciones.

En el caso de no ser el/la paciente, declaro que entiendo estar suficientemente legitimado para otorgar esa autorización en su nombre y representación por cuanto actúo como su.....

El/La firmante declara que son ciertos y veraces cuantos datos figuran en el presente escrito, que suscribe.

En ..... a ..... de ..... 20....

Firma

Los datos personales recogidos, serán tratados en el fichero "Defensor del Paciente" con su consentimiento en los términos del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y de conformidad a los principios dispuestos en la misma y en la Ley 8/2001, de Protección de Datos de Carácter personal de la Comunidad de Madrid, de 13 de Julio, pudiéndose ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Defensor del Paciente

DEFENSOR DEL PACIENTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID