

**AL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y  
ESTOMATÓLOGOS DE MELILLA**

Formulario de quejas profesionales contra Clínicas dentales o profesionales odontólogos:

Denunciante:.....

Dirección:.....

DNI:.....

Teléfonos: .....

Instalaciones en las que fue atendido:

▪ Consultorio de un dentista. Nombre: .....

▪ Clínica, Policlínica o Macroclínica Dental .....

▪ **Tipo de clínica**

franquicia

seguro

privada

otros.....

▪ 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 .....

**Motivo de la reclamación**

mala praxis

Resultado no satisfactorio

Mala atención al cliente

Tratamiento inacabado

Falta de profesionalidad.

**Categoría de la reclamación**

Reclamación por motivo diagnóstico

Reclamación por motivo clínico

Reclamación por motivo administrativo:

Reclamación por motivo económico

Reclamación en relación a protección de datos

Reclamación por motivos varios

▪ 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 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, este Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Melilla 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 de Ética, Deontología y Conciliación 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 de que los derechos de acceso, rectificación y cancelación de la documentación presentada por usted podrán ser ejercidos en la sede del Colegio, calle Gral. Prim nº3, 1ºB, 52001 en Melilla.

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: