Consejería de
Sanidad y Servicios Sociales

JUNTA DE EXTREMADURA

HOJA DE RECLAMACIONES

GERENCIA 8
Nº DE RECLAMACIÓN
AÑO

DATOS DEL INTERESADO

Primer apellido:	Segundo apellido:
Nombre:	DNI, NIF, Pasaporte o similar: -
Domicilio:	
Municipio:	Provincia:
Código Postal: / País:	Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:

Número de la tarjeta sanitaria del paciente:

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO RECLAMADO

Centro o establecimiento:

Servicio:

Localidad:

TEXTO DE LA RECLAMACIÓN

(Podrá usar cuantas páginas precise para formular su reclamación)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lugar:

Fecha:

Firma:

1.º Blanca: Permanecerá en el Registro correspondiente. 2.º Rosa: Para el centro, establecimiento o servicio sanitario afectado. 3.º Verde: Para el usuario.

El plazo de contestación a esta reclamación por parte del Servicio Extremeño de Salud es de dos meses; si no se obtiene respuesta transcurrido este plazo, puede presentarse reclamación ante el Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos recogidos en la presente reclamación serán objeto de protección y tratamiento en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.