

RECLAMACIÓN ATENCIÓN AL PACIENTE

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos: _____
DNI/NIE: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

DATOS DEL CENTRO DE SALUD / HOSPITAL

Nombre del Centro: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS HECHOS

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

1. Copia de DNI/NIE del paciente.
2. Informes médicos relacionados.
3. Resultados de pruebas y análisis.
4. Correspondencia previa con el centro de salud.
5. Otros documentos relevantes.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

Firma:

Fuente original del documento:

<https://experto-reclamaciones.com/reclamacion-atencion-al-paciente/>

¿Te ha resultado útil esta plantilla?

Descubre más documentos actualizados en:

<https://experto-reclamaciones.com>

Visítanos

Plantilla de uso personal y gratuito. Prohibido su uso comercial.

Si se comparte o publica, debe mencionarse la fuente.

Esta plantilla tiene carácter orientativo y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar a un abogado especializado para cada caso.