

MODELO DE RECLAMACIÓN POR MALA ATENCIÓN MÉDICA

Centro sanitario : _____ N° expediente : _____

Datos del Paciente :

Nombre y Apellidos : _____

DNI/NIE : _____

Dirección : _____

Teléfono : _____

Datos del Profesional o Servicio Sanitario :

Nombre y Apellidos / Servicio : _____

Centro / Hospital : _____

Motivo de la Reclamación :

Por medio del presente escrito, interpongo reclamación formal ante la dirección del centro sanitario por los hechos ocurridos durante la prestación del servicio médico, los cuales considero constituyen una mala atención que ha provocado daños o perjuicios a mi salud o integridad, vulnerando los derechos reconocidos en la legislación vigente.

Hechos y Circunstancias :

Los hechos objeto de esta reclamación son los siguientes: - Descripción detallada de la atención recibida. - Fecha y lugar de los hechos. - Actuaciones y/o negligencias detectadas. - Consecuencias derivadas para mi salud.

Daños y Perjuicios :

Como consecuencia de la mala atención médica recibida, he sufrido los siguientes daños y perjuicios: - Daños físicos o psíquicos. - Gastos médicos y farmacéuticos derivados. - Pérdida de ingresos o incapacidades temporales o permanentes. - Otros perjuicios económicos o morales.

Solicitud :

Solicito a la dirección del centro sanitario que se investiguen los hechos referenciados, se adopten las medidas disciplinarias o correctivas que correspondan, y se me informe de las conclusiones y soluciones adoptadas en relación con esta reclamación.

Consentimiento y Protección de Datos :

Autorizo el tratamiento de mis datos personales incluidos en esta reclamación conforme a la normativa vigente de protección de datos para fines relacionados con la gestión y resolución de esta reclamación.

Documentación Adjunta :

Adjunto a este escrito la siguiente documentación que acredita y fundamenta mi reclamación: - Copia de historial

médico y pruebas diagnósticas. - Informes y certificados médicos. - Correspondencia mantenida con el centro o profesionales. - Otros documentos relevantes.

FIRMA DEL RECLAMANTE

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL CENTRO

Firma: _____

Firma: _____

Fuente original de este documento:

<https://lex-penal.com/modelo-reclamacion-por-mala-atencion-medica/>

¿Le resultó útil esta plantilla?

Encuentre más plantillas actualizadas en:

<https://lex-penal.com/>

Mas plantillas

Esta plantilla está destinada exclusivamente para uso personal y no comercial.

En caso de distribución o publicación, es obligatorio mencionar la fuente.

Esta plantilla se proporciona únicamente como orientación y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar con un profesional del derecho en cada caso particular.