Consejería de
Sanidad y Dependencia

JUNTA DE EXTREMADURA

HOJA DE RECLAMACIONES

GERENCIA
Nº DE RECLAMACIÓN
AÑO

DATOS DEL INTERESADO (opcional)		
Primer apellido:	Segundo apellido:	
Nombre:	DNI, NIF, Pasaporte o similar: -	
Domicilio:		
Municipio:		Provincia:
Código Postal:	País:	Teléfono:

DATOS EL 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 (opcional):

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