



# Comunidad de Madrid

SUGERENCIA  RECLAMACIÓN  AGRADECIMIENTO

## DATOS DEL DECLARANTE (a rellenar con letra clara)

Apellidos: ..... Nombre: .....  
DNI: ..... Fecha de nacimiento: ...../...../..... Domicilio: .....  
CP: ..... Localidad: ..... Provincia: ..... Teléfonos: ..... / .....  
Correo electrónico: ..... Relación o parentesco con el paciente: .....

## DATOS DEL PACIENTE

Apellidos: ..... Nombre: .....  
Fecha de nacimiento: ...../...../..... Sexo: V  M  DNI: .....  
Centro: ..... Servicio/Unidad: .....

Lugar y fecha del suceso: .....

Resumen: .....

Solicita: .....

....., a ..... de ..... de .....  
(FIRMA)

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Sugerencias, quejas y reclamaciones" cuya finalidad es la recopilación de la información relacionada con la reclamación o sugerencia cursada relativa a los servicios del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. No está prevista la cesión de datos excepto las previstas en la Ley. El responsable del fichero es la Dirección General de Atención al Paciente. Ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.