

# Etiqueta de Registro



Consejería de Sanidad  
Sistema Sanitario Público

Comunidad de Madrid

## SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMACIONES

SUGERENCIA  QUEJA O RECLAMACIÓN

### DATOS del RECLAMANTE (a rellenar con letra clara)

\*Apellidos.....\*Nombre.....  
\*DNI ..... \*Domicilio .....  
\*CP. .... \*Localidad..... Provincia ..... \*Teléfono/s.....  
e-mail .....

### DATOS del PACIENTE

\*Apellidos.....\*Nombre.....  
CIP \* ..... Fecha Nacimiento ...../...../..... Sexo: V  M  \*DNI .....  
\*Centro ..... Servicio/Unidad.....

Lugar y fecha del suceso: .....

Resumen: .....

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

(\*) CAMPOS OBLIGATORIOS

(\*) CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE LA TARJETA INDIVIDUAL SANITARIA, FORMADO POR 4 LETRAS Y 12 NÚMEROS, UBICADO EN LA PARTE SUPERIOR DERECHA DE LA MISMA.

**EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN**

"Los datos personales recogidos, serán tratados con su consentimiento informado en los términos del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, y de conformidad a los principios dispuestos en la misma y en la Ley 8/2001, de la Comunidad de Madrid, pudiendo ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia, o si tiene usted alguna sugerencia que permita mejorar este impreso puede dirigirse al Teléfono de Atención al Ciudadano 012."