

MODELO RECLAMACIÓN LISTA DE ESPERA

(1) AL CENTRO HOSPITALARIO PÚBLICO/CENTRO DE ASISTENCIA DE . SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO

D./Dña. , mayor de edad, con domicilio en , de la localidad de , con DNI n° , teléfono de contacto , y dirección de correo electrónico , debidamente afiliado a la Seguridad Social con el n° , comparezco y

DIGO

PRIMERO. Debido a mi estado de salud, el Dr. , del Centro de Atención Primaria , (2) me remitió a la consulta de , extendiéndome el oportuno volante.

SEGUNDO. La solicitud de la cita se efectuó con fecha

TERCERO. Tras la solicitud, me han concedido fecha de visita para el día , Considero que este tiempo de espera supera con creces la media para esa consulta o el tiempo de espera garantizado según las normas y por ello me parece del todo punto inadmisibles, pues entiendo que se están vulnerando mis derechos a una atención sanitaria digna y en condiciones, por lo que les hago responsables de aquellos daños y perjuicios que pueda sufrir hasta el momento de la atención especializada.

CUARTO. Asimismo quiero hacerles constar el estado de necesidad e incertidumbre que me genera esta situación de larga espera puesto que si se me remite a un médico especialista o

bien me solicitan la realización de una intervención es porque mi problema de salud así lo requiere y, consiguientemente, no se me aplica el tratamiento médico adecuado, por lo que mi problema puede verse agravado.

Por todo ello, SOLICITO que admita este escrito y tenga por formulada reclamación frente a mi inclusión en listas de espera para la atención sanitaria correspondiente. Y también que acuerde mi atención asistencial, la consulta con el especialista o la realización de la intervención quirúrgica de la forma más rápida posible, siempre dentro del plazo máximo de respuesta establecido, si lo hubiere..

Espero me comuniquen su decisión en el plazo más breve posible (en ningún caso debe exceder de 30 días)

En, a de de

Firmado

PD.- En el supuesto de que el órgano al que me dirijo no sea el competente para resolver, ruego procedan a su remisión al órgano de destino, tal y como prevé la normativa vigente.

Notas

- 1. Hospital o Centro de salud que corresponda.*
- 2. Datos de doctor y centro de salud.*
- 3. Elegir lo que sea: consulta de especialidades y/o prueba diagnóstica, indicando de qué se trata.*
- 4. Indicar la fecha de solicitud de la prueba o consulta.*
- 5. La mayor parte de las comunidades han garantizado por ley unos tiempos máximos de espera para la asistencia especializada y algunas intervenciones quirúrgicas seleccionadas. Indícalo si es así. Si se incumple esta garantía, tiene más argumentos para además, solicitar el reembolso de los gastos derivados por la asistencia sanitaria que se le preste en centro privado.*