



El Defensor del Paciente

C/ Carlos Domingo Nº 5 - C.P. 28047 Madrid
Tf-Fax: 91 465 33 22
:www.negligenciasmedicas.com
defensorpaciente@telefonica.net

FOTO

FICHA A RELLENAR POR EL DENUNCIANTE

Datos del colaborador ("Los datos facilitados serán recogidos en nuestra base de datos y se garantiza que serán tratados de forma confidencial de acuerdo con la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal y demás normativas vigente en España. En todo momento se podrá acceder, rectificar o cancelar los datos de este escrito".)

Nombre	
Primer apellido	
Segundo apellido	
Dirección	
Código Postal	
Localidad	
Provincia	
Teléfono	

Datos del afectado

Nombre	
Primer apellido	
Segundo apellido	

Causas de la negligencia	(Adjuntar relato de los hechos, en 1 folio máximo, lo más resumido posible, ciñéndote a lo más import.)
Especialidad Médica o Servicio Médico	
Hospital donde fue atendido	
Fecha de la negligencia	
¿Deseas hacer público tu caso? Responde sí o no .	