

D/Dª.....con DNI nº.....

mayor de edad y con domicilio en C/.....

formulo reclamación en el Servicio de Atención a la Ciudadanía de mi Centro

Sanitario en la que hago saber que con fecha..... solicito cita para una

prueba diagnóstica prescrita por mi facultativo. La realización de dicha prueba lleva

consigo bien la confirmación diagnóstica o la eficacia de los tratamientos ya prescritos

poniendo con ello en riesgo mi salud y mi vida.

Según el Decreto 96/2004 la prueba que se me ha solicitado tiene una garantía de

plazo de respuesta de 30 días por lo que exijo se me reconozca ese derecho y al no

haber disponibilidad en mi hospital ni en nignun otro centro sanitario público, toda vez

que se ha incumplido y se ha sobrepasado ese plazo, solicito el documento

acreditativo para poder ser atendido/a en un centro sanitario privado autorizado tal

como establece el artículo 11 del Decreto antes referido.

De no obtener respuesta elevaré mi reclamación a otras instancias exigiendo

Responsabilidad por los posibles daños y perjuicios que pudieran agravar mi estado

de salud por incumplimiento de la normativa y la consiguiente denegación de

asistencia.

a de de

Fdo.:

