

RECLAMACIÓN CITA PARA PRUEBA DIAGNÓSTICA

D/D^a
con DNI nº:....., mayor de edad y con domicilio
en.....

.....
formulo **reclamación ante el Servicio de Atención a la
Ciudadanía de mi Centro Sanitario**, en la que hago saber que
con fecha/...../..... que solicito **cita para 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 ningún 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.....

Firmado: