



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE CÁDIZ**
C/ San Pablo, 13 -1ºA - 11300 LA LÍNEA (Cádiz)
Tlf: 956 17 09 50 • Fax: 956 17 32 46
www.dentistascadiz.com
email: cooe11@infomed.es

SOLICITUD DE EXAMEN BUCO-DENTAL
(CIERRE "DENTAL LINE" - Septiembre 2009)

En reunión celebrada el 08/10/2009 en el Centro Social "La Granja" (Jerez), a la que asistieron representantes de FACUA Cádiz, del Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz y una importante representación de los pacientes afectados por el inesperado cierre en Septiembre de 2009 de la Clínica "Dental Line" sita en Pza. Madre de Dios de Jerez de la Frontera, se acordó que este Colegio Oficial se hiciese cargo de coordinar desinteresadamente el examen buco-dental de aquellos pacientes afectados que así lo solicitasen, para delimitar qué parte de los presupuestos financiados o cobrados por dicha clínica estaban ejecutados y cuantificar el posible perjuicio económico para poder proceder a su reclamación por parte del paciente (o la representación legal que designase) con dicho respaldo documental.



Por todo lo anterior, y siendo paciente afectado por el cierre de Clínicas DENTAL LINE en el ámbito de la provincia de Cádiz, solicito recibir el referido examen buco-dental, con el ruego de que una vez practicado, envíen su resultado a la dirección indicada:

Paciente:

Edad: D.N.I. Socio FACUA (Si/No)

Dirección a efecto de notificaciones:

.....

Población: Código Postal:

Teléfono/s de contacto:

Dentista que le atendió en DENTAL LINE (*si lo conoce*):

.....

Fecha aproximada del inicio del tratamiento:

Total **PRESUPUESTADO**: Euros.

INSTRUCCIONES PARA SU TRAMITACIÓN:

- Enviar por correos al Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz (C/ San Pablo, 13 -1ºA – 11300 La Línea de la Concepción) estos impresos rellenos y firmados, **adjuntando copias del D.N.I. y del presupuesto** emitido por Dental Line.
- Posteriormente se pondrán en contacto telefónico con Vd. desde una clínica dental de su población para darle cita y recibir (sin cargo alguno) el referido examen buco-dental.

Firma,

Firma del paciente o representante legal (en caso de menores) en todas las páginas.



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE CÁDIZ**

C/ San Pablo, 13 -1ºA - 11300 LA LÍNEA (Cádiz)
Tlf: 956 17 09 50 • Fax: 956 17 32 46
www.dentistascadiz.com
email: cooe11@infomed.es

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

A efectos de dar cumplimiento a la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre y normativa de desarrollo) le informamos que los datos personales comunicados a este Colegio Oficial mediante su solicitud serán incluidos en ficheros de carácter manual o informatizado, de los que es titular el Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz con dirección arriba indicada, con la única finalidad de gestionar su solicitud y destinados al cumplimiento de los fines que la legislación vigente atribuye a este Colegio Oficial. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. El referido fichero lo posee únicamente este Colegio Oficial, y únicamente serán cedidos indistintamente al Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, al Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Dentistas, a otros Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos (dentistas) de España, a terceros directamente implicados o a Instancias Judiciales, en caso de que se derive dicha necesidad en el transcurso de su instrucción. Esta posible cesión de datos a los terceros indicados va necesariamente implícita con la presentación de su solicitud ante este Colegio Oficial para su tramitación. El responsable de los referidos ficheros es el Secretario de este Colegio Oficial, que se compromete a extremar el cumplimiento de su obligación de secreto y custodia de los datos de carácter personal, adoptando todas las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.

Mediante la firma de la presente cláusula, nos otorga su consentimiento expreso para el tratamiento manual o/e informatizado de los datos incluidos en su solicitud, con los fines y posibles cesiones arriba indicados, aceptando que dichos datos puedan ser puestos en conocimiento del profesional o profesionales involucrados, compañías de asistencia dental o compañías aseguradoras afectadas, o de miembros de la Junta de Gobierno de este Colegio Oficial, si fuera preciso. También autorizo la utilización de dichos datos para fines estadísticos o de investigación, por supuesto respetando el total anonimato del titular de los mismos.

AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Autorizo la cesión a este Colegio Oficial, por parte de los profesionales implicados, de la información clínica y documentación complementaria relativa al tratamiento recibido en sus consultas (Presupuestos, Facturas, Recibos, Historia Clínica, Radiografías, Consentimiento Informado, etc) que los profesionales o este Colegio Oficial consideren necesaria para la instrucción de esta solicitud; extremando las partes en dicha cesión el cumplimiento de la obligación de secreto y custodia, así como la adopción de las medidas necesarias que eviten su pérdida o acceso no autorizado.

En a de de 2.....

Nombre y Apellidos de la persona que firma (paciente, o representante legal en caso de menores de edad)

.....

D.N.I.

Firma,