

Asunto: Solicitud de historial IDENTAL

En _____, a _____ de _____ de 2018

D/D^a _____, mayor de edad, con DNI/NIE _____ y domicilio a efectos de notificaciones en C/Avda _____, de la localidad de _____, y con correo electrónico _____ y teléfono _____.

Actuando en su propio nombre o en representación del /de la paciente _____, según copia del Libro de Familia (menor de edad), Libro de Familia y certificado de defunción (fallecido) o resolución judicial (tutela, incapacidad, etc...), que se adjunta.

Me dirijo a la **CONSELLERIA DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA** como paciente y persona afectada de las **CLÍNICAS IDENTAL**, o en su representación, a los efectos de solicitar copia del historial médico y/o documentación contractual que pueda obrar en su poder, a fin de poder verificar y continuar los tratamientos odontológicos interrumpidos unilateralmente por la mercantil y, en su caso, llevar a cabo las reclamaciones judiciales o extrajudiciales necesarias en defensa de mis legítimos derechos como paciente y persona consumidora, tanto frente a la empresa y responsables de **CLÍNICAS IDENTAL** como, en su caso, frente a las entidades financieras con las que se hubiera formalizado un préstamo vinculado para el pago de dichos tratamientos.

A los efectos de una mejor localización del historial médico y documentación que hubiera podido ser recuperada de las **CLÍNICAS IDENTAL**, los datos identificativos son los siguientes:

Paciente: D / D^a _____

DNI _____

Expediente IDENTAL: _____

Clínica IDENTAL de la localidad de _____

Por todo ello,

SOLICITO de la **CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA**, que me remita copia del historial médico y documentación contractual que obre en su poder y que haya sido recuperada de las **CLÍNICAS IDENTAL**, a fin de poder comprobar las actuaciones llevadas a cabo, los profesionales que han intervenido y, en su caso, continuar los tratamientos odontológicos y realizar las reclamaciones judiciales o extrajudiciales necesarias en defensa de mis legítimos derechos como paciente y persona consumidora afectada.

Fdo. _____

**UNIÓN DE CONSUMIDORES DE
LA COMUNITAT VALENCIANA**