

CONSELLERIA DE SANITAT
UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

Direcció Territorial d'Alacant

C/ Girona, 26 03001 Alacant

Assumpte: Sol·licitud d'historial IDENTAL

A _____, _____ de /d' _____ de 2018

En/Na _____,
major d'edat, amb DNI/NIE _____ i domicili a
l'efecte de _____ notificacions _____ C./Av.
_____, a la localitat de
_____, i amb adreça electrònica
_____ i telèfon
_____.

Actuant en el seu propi nom o en representació del /de la pacient
_____, segons còpia del Llibre de Família (menor d'edat), Llibre de
Família i certificat de defunció (mort) o resolució judicial (tutela, incapacitat,
etc...), que s'adjunta.

Em dirigisc a la **CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA** com a pacient i persona afectada de les **CLÍNIQUES IDENTAL**, o en la seua representació, a l'efecte de sol·licitar còpia de l'historial mèdic i/o documentació contractual que puga obrar en el seu poder, a fi de poder verificar i continuar els tractaments odontològics interromputs unilateralment per la mercantil i, si escau, dur a terme les reclamacions judicials o extrajudicials necessàries en defensa dels meus legítims drets com a pacient i persona consumidora, tant enfront de l'empresa i responsables de **CLÍNIQUES IDENTAL** com, si escau, enfront de les entitats financeres amb les quals s'haguera formalitzat un préstec vinculat per al pagament d'aquests tractaments.

A l'efecte d'una millor localització de l'historial mèdic i documentació que haguera pogut ser recuperada de les **CLÍNIQUES IDENTAL**, les dades identificatives són les següents:

Pacient: En/Na _____

DNI _____

Expedient IDENTAL: _____

Clínica IDENTAL de la localitat de _____

Per tot això,

SOL·LICITE de la **CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA**, que em remeta còpia de l'historial mèdic i documentació contractual que obre en el seu poder i que haja sigut recuperada de les **CLÍNIQUES IDENTAL**, a fi de poder comprovar les actuacions dutes a terme, els professionals que han intervingut i, si escau, continuar els tractaments odontològics i realitzar les reclamacions judicials o extrajudicials necessàries en defensa dels meus legítims drets com a pacient i persona consumidora afectada.

Signatura _____

UNIÓ DE CONSUMIDORS DE LA
COMUNITAT VALENCIANA