

RECLAMACIÓN POR CANCELACIÓN DE CITAS

FECHA		
NOMBRE		
DNI		
DIRECCIÓN		
CIUDAD		CP
PROVINCIA		
TELÉFONO		
CORREO ELECTRÓNICO		

EXPONE:

Que tuvo sus últimas citas para revisión / prueba diagnóstica o de control en las siguientes fechas:

FECHA	UNIDAD	TIPO DE CONSULTA / PRUEBA

Que posteriormente le han sido canceladas las siguientes citas médicas:

FECHA	UNIDAD	TIPO DE CONSULTA / PRUEBA

Que, a fecha de hoy:

NO se le ha comunicado nueva(s) fecha(s) para recuperar la(s) cita(s) canceladas.

Se le han comunicado las siguientes nuevas fechas, lo que supone un retraso que considera altamente perjudicial para el control de su enfermedad:

FECHA	UNIDAD	TIPO DE CONSULTA / PRUEBA

Por lo expuesto,

RECLAMA:

Le sea fijada fecha(s) a la mayor brevedad para la(s) cita(s) de revisión o prueba pendiente(s).

En..... a..... de de 202...

Fdo.:

Servicio de Atención al Paciente del Hospital