

FORMULARI DE QUEIXES I SUGGERIMENTS

* L'ha de consignar el Servei de Salut

 Queixa Tràmit Suggeriment Agraïment Informació
USUARI AFECTAT¹

| | | | |
|------------------------|--|-----------------------|--|
| DNI/NIE/passaport | | Nom | |
| Primer llinatge | | Segon llinatge | |
| Núm. targeta sanitària | | Núm. història clínica | |
| Telèfon | | Adreça electrònica | |

REPRESENTANT² (en cas que la persona receptora de l'assistència actuï mitjançant representant)

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tutor legal | | <input type="checkbox"/> Progenitor | | <input type="checkbox"/> Representant voluntari | |
| DNI/NIE/passaport | | Nom | | | |
| Primer llinatge | | Segon llinatge | | | |
| Telèfon mòbil | | Telèfon fix | | | |
| Adreça electrònica | | | | | |
| Mitjà d'acreditació de la representació | | <input type="checkbox"/> REA | | <input type="checkbox"/> Un altre mitjà | |

CENTRE

| | |
|---|--|
| Hospital / Centre de Salut / un altre centre) | |
| Servei | |

COMUNICACIONS

| | | | | | |
|--|---|-----------|--|-----------------------|--|
| Idioma i canal per rebre les comunicacions | | | | | |
| Canal de comunicació | <input type="checkbox"/> Comunicació electrònica ³ | | <input type="checkbox"/> Comunicació per correu postal | | |
| <input type="checkbox"/> Marcau aquesta casella si voleu que la persona destinatària rebi les comunicacions en castellà (art. 15 Decret 49/2018) | | | | | |
| Comunicació per correu postal (consignau les dades només si triau aquesta opció) | | | | | |
| Adreça postal | | | | | |
| Codi postal | | Localitat | | Municipi ⁴ | |
| Província ⁵ | | | País ⁵ | | |

DESCRIPCIÓ DELS FETS

| | |
|-------------|-------------------|
| Lloc i data | Segell del centre |
| Signatura | |

FORMULARI DE QUEIXES I SUGGERIMENTS

* L'ha de consignar el Servei de Salut

 Queixa Tràmit Suggeriment Agraïment Informació
USUARI AFECTAT¹

| | | | |
|------------------------|--|-----------------------|--|
| DNI/NIE/passaport | | Nom | |
| Primer llinatge | | Segon llinatge | |
| Núm. targeta sanitària | | Núm. història clínica | |
| Telèfon | | Adreça electrònica | |

REPRESENTANT² (en cas que la persona receptora de l'assistència actuï mitjançant representant)

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tutor legal | | <input type="checkbox"/> Progenitor | | <input type="checkbox"/> Representant voluntari | |
| DNI/NIE/passaport | | Nom | | | |
| Primer llinatge | | Segon llinatge | | | |
| Telèfon mòbil | | Telèfon fix | | | |
| Adreça electrònica | | | | | |
| Mitjà d'acreditació de la representació | | <input type="checkbox"/> REA | | <input type="checkbox"/> Un altre mitjà | |

CENTRE

| | |
|---|--|
| Hospital / Centre de Salut / un altre centre) | |
| Servei | |

COMUNICACIONS

| | | | | | |
|--|---|-----------|--|-----------------------|--|
| Idioma i canal per rebre les comunicacions | | | | | |
| Canal de comunicació | <input type="checkbox"/> Comunicació electrònica ³ | | <input type="checkbox"/> Comunicació per correu postal | | |
| <input type="checkbox"/> Marcau aquesta casella si voleu que la persona destinatària rebi les comunicacions en castellà (art. 15 Decret 49/2018) | | | | | |
| Comunicació per correu postal (consignau les dades només si triau aquesta opció) | | | | | |
| Adreça postal | | | | | |
| Codi postal | | Localitat | | Municipi ⁴ | |
| Província ⁵ | | | | País ⁵ | |

DESCRIPCIÓ DELS FETS

| | |
|-------------|-------------------|
| Lloc i data | Segell del centre |
| Signatura | |

NO CONSENTIMENT EXPRÉS

D'acord amb l'article 28.2 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, s'entén que atorgau el consentiment perquè el Servei de Salut de les Illes Balears consulti per mitjans electrònics dades de documents elaborats per altres administracions, i que siguin requerits per a l'estudi i la valoració de la queixa o el suggeriment que presentau. Si us hi oposau, marcau la casella següent i, si escau, aportau la documentació acreditativa.

M'opòs que el Servei de Salut de les Illes Balears pugui sol·licitar a la Direcció General de Policia les dades del meu DNI o NIE.

NORMATIVA REGULADORA

La normativa reguladora del dret a presentar queixes i suggeriments està determinada pel Decret 82/2009, de 13 de novembre, pel qual es regula la gestió de les queixes i els suggeriments sobre el funcionament dels serveis públics de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears (BOIB núm. 10, ext., de 20 de novembre de 2009), i amb l'Ordre de la consellera d'Administracions Públiques d'1 d'agost de 2014, que el desplega.

El termini per respondre és de quinze dies hàbils. Si venç el termini i no heu obtingut resposta, podeu adreçar-vos a la Inspecció General de Qualitat, Organització i Serveis perquè emprengui les actuacions necessàries.

La formulació d'una queixa no té, en cap cas, la qualificació de recurs administratiu ni paralitza els terminis establerts per interposar-ne. A més, no impedeix ni condiona la possibilitat d'exercir la resta d'accions o drets que, de conformitat amb la normativa reguladora de cada procediment, corresponguin a les persones interessades.

Per la naturalesa de la queixa, contra la resposta que rebreu no podreu interposar-hi cap recurs, sense perjudici que pugueu tornar a exposar els motius de la queixa en els recursos que, si escau, interposeu en el procediment administratiu amb el qual tenguin relació.

La normativa reguladora de protecció de dades està determinada pel Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades, i per la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.

PROTECCIÓ DE DADES

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 i la legislació vigent en matèria de protecció de dades personals, us informam del tractament de les dades de caràcter personal que figuren en aquest formulari.

Finalitat del tractament i base jurídica. La finalitat d'aquest tractament de dades és la gestió de queixes i suggeriments, sol·licituds d'informació i agraïments i atenció al ciutadà. Les dades de caràcter personal seran tractades pel Servei de Salut de les Illes Balears i incorporades a l'activitat de tractament «Atenció a l'usuari». El tractament de les vostres dades és necessari per complir una obligació legal i una missió realitzada en interès públic o en l'exercici de poders públics conferits al responsable del tractament (vegeu l'apartat «Normativa reguladora»).

Responsable del tractament. Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears. C/ de la Reina Esclarmunda, 9, 07003 Palma.

Destinatari de les dades personals. Altres òrgans de la Comunitat Autònoma.

Termini de conservació de les dades personals. Es conservaran durant el temps necessari per complir la finalitat per a la qual es recullen i per determinar les possibles responsabilitats que es puguin derivar d'aquesta finalitat i del tractament de les dades.

Exercici de drets i reclamacions. Teniu dret a oposar-vos al tractament de les vostres dades i a limitar-lo, i també a accedir, rectificar i suprimir les dades i exercir el dret a la portabilitat, per a la qual cosa heu de presentar una sol·licitud per escrit al Departament d'Atenció a l'Usuari dels Serveis Centrals del Servei de Salut de les Illes Balears (c/ de la Reina Esclarmunda, 9, 07003 Palma), que ha d'anar acompanyada d'una còpia de document oficial d'identificació (DNI/NIE, permís de conduir o passaport). A més, podeu adreçar-vos a l'Agència Espanyola de Protecció de Dades i a altres organismes públics competents per a qualsevol reclamació derivada del tractament de les vostres dades personals.

Delegació de protecció de dades. La Delegació de Protecció de Dades del Servei de Salut de les Illes Balears té la seu a la Direcció de Gestió i Pressuposts (c/ de la Reina Esclarmunda, 9, Palma; adreça electrònica de contacte: dpd@ibsalut.es).

INSTRUCCIONS

Escriviu preferentment en majúscules.

1 Persona que formula la queixa, el suggeriment o l'agraïment, o sol·licita informació al Servei de Salut de les Illes Balears.

2 Si la persona receptora de l'assistència actua mitjançant representant, ha d'indicar i acreditar el tipus de representació:

Tutor legal: persona física que exerceix la tutela sobre un menor o una persona incapacitada. Si es formalitza la sol·licitud mitjançant tutor legal, cal consignar-hi també totes les dades de la persona receptora de l'assistència sanitària en l'apartat corresponent. De conformitat amb l'article 5 de la Llei 39/2015, qui actui com a tutor legal ha d'acreditar aquesta condició amb qualsevol mitjà vàlid en dret que en deixi constància fidedigna.

Progenitor: persona física que exerceix la pàtria potestat d'un menor de 18 anys. Si es formalitza la sol·licitud mitjançant progenitor, cal consignar-hi també totes les dades de la persona receptora de l'assistència sanitària en l'apartat corresponent. De conformitat amb l'article 5 de la Llei 39/2015, qui actui com a progenitor ha d'acreditar aquesta condició amb qualsevol mitjà vàlid en dret que en deixi constància fidedigna. Quan un dels progenitors actui en representació del seu fill no emancipat es presumirà el consentiment de l'altre progenitor per cursar la sol·licitud.

Representant voluntari: si es formalitza la sol·licitud mitjançant representant, cal consignar-hi també totes les dades de la persona receptora de l'assistència sanitària en l'apartat corresponent. De conformitat amb l'article 5 de la Llei 39/2015, qui actui com a representant ha d'acreditar la representació amb qualsevol mitjà vàlid en dret que en deixi constància fidedigna. Si acredita la representació per un mitjà diferent de la inscripció en el Registre Electrònic d'Apoderaments (REA), ha de presentar el document que ho acrediti i fer constar en l'apartat «Documentació» que presenta aquesta acreditació.

3 Les comunicacions electròniques permeten a qualsevol persona rebre per via telemàtica les comunicacions administratives del Servei de Salut. Es requereix identificació per mitjà del sistema d'autenticació Cl@ve o un certificat digital.

4 Consignau el municipi si la denominació no coincideix amb la de la localitat.

5 La província o el país només han de figurar si l'adreça està situada en una altra comunitat autònoma o en un estat estranger.