

A LA GERENCIA DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE: .....

## ESCRITO DE RECLAMACIÓN

### Datos del Reclamante:

Don/Doña: ..... DNI: .....  
Domicilio: ..... Localidad: .....  
Provincia: ..... Código Postal: ..... Telefono: .....  
Correo Electrónico: .....

### Datos del Reclamado:

Nombre o razón social: ..... CIF/NIF: .....  
Dirección: ..... Localidad: .....  
Correo electrónico: ..... Provincia: .....

### En tiempo y forma comparece y como mejor proceda en Derecho, DICE:

- Que habiendo ido a mi Centro de Salud /Atención Primaria, y habiendo solicitado un informe de salud donde constase las razones de salud por las que no puedo usar la mascarilla, que personalmente le he indicado, el médico que me ha atendido se ha negado a entregarme dicho informe de salud por ninguna razón válida.
- Que el uso de mascarilla de forma coactiva me supone:
  1. Un daño moral por la compulsión y obligación.
  2. Un daño físico por la dificultad respiratoria.
  3. Una limitación para hacer una vida normal, trabajar, comprar, etc, lo que supone un aislamiento social.
- Que el médico que me ha atendido no me ha justificado en manera alguna la necesidad de llevar dicha mascarilla con un mínimo estudio independiente y válido.
- Que por todo ello, entiendo que la actitud del profesional que me ha atendido es contraria a las obligaciones deontológicas y estatutarias, así como a los derechos de información de los pacientes, por lo que ha de desplegarse responsabilidad disciplinaria.

Por lo expuesto SOLICITO, tenga por presentada esta reclamación disciplinaria y en su virtud acuerde abrir expediente del que se me notifique cualquier trámite y se me tenga como parte interesada.

Firma Reclamante:

Firma/Sello Reclamado:

Observaciones: .....  
.....

En ..... a ..... de ..... de 2020

Un ejemplar (sellado) deberá dirigirlo el reclamante al registro correspondiente.

Otro ejemplar (sellado) quedará en poder del reclamante y otro ejemplar (sellado) en poder del reclamado.