

Formulario de queja

-por favor llene completamente-

Sus Datos (la persona que llena este formulario)

Nombre: _____ Sexo: M / V
Dirección: _____
Sedula: _____
Teléfono: _____

Datos del paciente (puede ser otra persona)

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento del paciente: _____
Relación con paciente (por ejemplo padre, madre, esposo/a): _____

Tipo de la queja

Fecha del evento: _____ Hora: _____
Fecha de sumisión de la queja: _____

La queja se refiere a (puede seleccionar varias opciones):

- ☐ Acciones médicas realizadas por el empleado
- ☐ Tratamiento del empleado
(= la forma en que el empleado le habla o interactúa con usted)
- ☐ Organización de la consulta médica
(= la forma en que se gestionan diversos asuntos en la consulta)
- ☐ Gestión administrativa o financiera
- ☐ Algo más

Descripción:

Firma: _____

Fecha: _____

Puede depositar el formulario completo en el buzón de quejas de la sala de espera durante el horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a 12:30 y de 13:30 a 17:00. Nos pondremos en contacto con usted por teléfono o por escrito en un plazo de 5 días hábiles.