

N.º de cliente:



FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES

Nombre: _____ Mejor número de contacto: _____

¿Se está completando este formulario en nombre del paciente? Sí No

Si la respuesta es «Sí», indicar quién completa el formulario y su relación con el cliente:

Explique su queja o inquietud de la manera más completa posible. Favor de usar más papel si sea necesario.

¿Qué medidas le gustaría que se tomarán para responder a sus inquietudes? Favor de usar más papel si sea necesario.

Firmar este es un acuerdo para que nuestro personal se comunique con usted.

Alguien se comunicará con usted dentro de los próximos cinco (5) días hábiles para responder a sus inquietudes.

Firma del paciente o del representante autorizado

Fecha

*****Solo para el uso de Options*****

Seguimiento o medida tomada para responder a la inquietud presentada: