

## Formulario de quejas y reclamaciones

1. ¿Esta satisfecho con la calidad de los servicios recibidos? SI NO
2. ¿Desea presentar una queja? SI NO
3. ¿Usted presenta la queja por otra persona? SI NO
4. ¿Cuándo ocurrieron los hechos de la queja?
5. Departamento de ImSan del cual se está quejando.
  - Sala de Emergencias
  - Servicio de Ambulancia
  
  - Hemodiálisis
  - Diálisis Peritoneal
  
  - Centro Diabético
  - Oftalmología
  - Radiología
  
  - Cirugía
  - Radioterapia/Oncología
  - Otro...
6. Describa brevemente cómo sucedieron los hechos que motivan la queja.

7. ¿Le interesa una cita con el departamento de gestión de quejas y reclamaciones para la atención del caso?

- En Persona
- Por Teléfono
- NO

*Los datos personales recogidos mediante este formulario serán tratados de forma confidencial. Cuando completa el formulario de quejas, el paciente da autorización al personal del departamento responsable para obtener información sobre la atención del paciente y para solicitar sus registros médicos. Esta información será usada para analizar y investigar el ocurrido.*

**Nombre y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Numero de AZV:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*\*Si usted es el representante del paciente o una persona autorizada por el paciente, escriba los datos del paciente.*

**Nombre y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Numero de AZV:** \_\_\_\_\_

*Agradecemos que nos hayan hecho llegar sus quejas y/o reclamaciones. Atenderemos su caso dentro de tres días hábiles y haremos las investigaciones pertinentes dentro de las seis semanas posteriores a la fecha en que se recibió. En el caso de no poder cumplir con darle una respuesta dentro de las seis semanas mencionadas, se le hará llegar las razones de esta demora.*