Consecutivo:

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Fecha: Día ___ Mes ___ Año _____

Nombre: _____ Nº Historia: _____

Edad: _____ Sexo: ___ Teléfono: _____

Dirección de Contacto: _____Barrio _____ U ___ R___

Régimen SGSS: Contributivo ____ Subsidiado ____ Vinculado ____ Otro ____

Empresa Promotora de Salud o Administradora de Salud Afiliado:_____ _____

Nombre del Acudiente si no es el Usuario: _____ C.C. _____

ASUNTO: (Área, servicio, hora, recurso humano, motivo consulta, problema, razón)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SUGERENCIA DEL PETICIONARIO:

_____

_____

_____

TRÁMITES INSTITUCIONALES

ANALISIS DE LA QUEJA Y/O RECLAMO:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ACCIÓN CORRECTIVA: FECHA_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ACCIÓN PREVENTIVA:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Se responde al reclamante? ___ FECHA: _____ RESPONSABLE: _____