



**FORMULARIO DE INFORME CONFIDENCIAL  
SOBRE QUEJAS O RECLAMOS DE PACIENTES (continuación)**

----- SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO – (si se realiza un seguimiento del formulario impreso) -----

<b>NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ LA QUEJA</b>		
Nombre:	Teléfono:	Correo electrónico:
<input type="checkbox"/> Marque aquí si se recibió a través de una llamada telefónica.		
<input type="checkbox"/> Marque aquí si se recibió a través de la Línea de ayuda de Cumplimiento Normativo.		
<input type="checkbox"/> Marque aquí si es una queja (resuelta por el personal dentro de los 3 días hábiles).		
<input type="checkbox"/> Queja resuelta (indique el departamento): _____ <input type="checkbox"/> Queja no resuelta <input type="checkbox"/> Reclamo		

<b>DEPARTAMENTO DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO O CALIDAD</b>	<b>Número de queja o reclamo:</b>
Fecha de recepción por parte del Departamento de Cumplimiento Normativo o Calidad:	
Fecha de finalización del análisis inicial:	Revisor:
<input type="checkbox"/> Calidad <input type="checkbox"/> Cumplimiento Normativo <input type="checkbox"/> Operaciones <input type="checkbox"/> RR. HH. <input type="checkbox"/> Otro departamento _____	

<b>Si se determina que es una Queja no resuelta o un Reclamo, COMPLETE ESTA SECCIÓN</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------

Fecha de finalización de la investigación:	Investigador:
--------------------------------------------	---------------

NOTAS:	
--------	--

¿Se envió una carta de respuesta al paciente o reclamante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------