

FORMULARIO DE RECLAMOS

Fecha del Reclamo: _____

Unidad o dependencia respecto de la cual se efectúa el reclamo: (Marque con una X):

Recepción	
Administración	
Contabilidad	
Asistente	
Quiropráctico	

Identificación del Paciente:

Nombres:	
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Cédula de Identidad:	Fecha de nacimiento:
Domicilio del reclamante, representante o persona que lo tiene bajo cuidado:	
Correo electrónico para ser notificado:	

Indicación de los hechos que fundamentan su reclamo y/o de la infracción a los derechos que contempla la ley 20.584 y que se encuentran en la Carta de Derechos, por ejemplo: Tener información oportuna, recibir un trato digno, ser llamado por su nombre, recibir una atención de salud de calidad y segura, etc. (Usar letra clara y legible. Para que su reclamo sea adecuadamente resuelto debe señalar con CLARIDAD y DETALLE, los HECHOS que motivan su reclamo):

--

Peticiones concretas (Sea claro y preciso en indicar sus PETICIONES):

Firma
