

N°

Fecha:

**FORMULARIO DE RECLAMOS/SUGERENCIAS O FELICITACIONES**

Reclamo\_\_\_\_ Felicitaciones\_\_\_\_ Sugerencia\_\_\_\_ (indique con una X)

**IMPORTANTE: PARA PODER GESTIONAR SU COMUNICACIÓN ES DE CARÁCTER OBLIGATORIO COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS DE ESTE FORMULARIO.**

Nombre del Paciente o representante legal: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Área o dependencia de atención: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ ¿Es usted el paciente? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

Fecha del evento: \_\_\_\_\_ Área donde se genera el reclamo: \_\_\_\_\_

**Indicación de los hechos que fundamentan su reclamo y de la infracción a los derechos que se contemplan la Ley N° 20.584**

**Petición concreta**

Firma: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Entiendo y acepto que puede ser necesario acceder a mi información clínica para la investigación y respuesta de este reclamo.

\_\_\_ Autorizo respuesta vía correo electrónico.

-----

**USUARIO**

**N°**

Por favor retire y conserve esta sección para hacer seguimiento a su comunicación. Pronto nos comunicaremos con usted.