



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	VERSION	1
CLINICA CARDIOVASCULAR DEL CARIBE	CODIGO	SIAU-FOR-15
PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS	PAG	1

Fecha de radicación:

Es usted? Paciente Familiar

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____

N° Cédula: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

EPS: _____

MARQUE CON UNA "X" EL SERVICIO MOTIVO DE SU P.Q.R.S.F.

Consulta ambulatoria _____ Hospitalización _____ UCI _____ Cirugía _____

TIPO DE COMUNICADO

Queja _____ Reclamo _____ Sugerencia _____ Felicitación _____ Otro: _____

A CONTINUACIÓN DESCRIBA DE FORMA DETALLADA LOS MOTIVOS POR LOS QUE DESEA INSTAURAR SU QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA O FELICITACIÓN.

PQRSF Registrada: Personalmente _____ Buzón de sugerencias _____ Telefónicamente: _____ Correo @ _____

FIRMA DE QUIEN COLOCA LA QUEJA: _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: _____

FECHA: _____

TRAMITE

FECHA DE RECEPCIÓN: _____

FECHA DE RESPUESTA: _____

RESUMEN DE LA RESPUESTA:

FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE _____

N° _____