FORMULARIO DE RECLAMO DE PACIENTES

N° FORMULARIO:	FECHA:

DATOS DEL RECLAMANTE:

NOMBRE : _____
RUT : _____
CORREO : _____
DIRECCIÓN : _____
TELEFONO : _____
PARENTESCO : _____

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE : _____
RUT : _____
CORREO : _____
DIRECCIÓN : _____
TELEFONO : _____
SUCURSAL : _____
DR. TRATANTE : _____

IDENTIFICACION DEL RECLAMO: (Identifique a que hace referencia su reclamo)

Atención o trato del personal ☐ Información recibida ☐ Atención Preferente ☐
Tratamiento dental ☐ Otro ☐

DETALLE DEL RECLAMO: (Usar letra clara y legible. Para que su reclamo sea adecuadamente resuelto debe señalar con CLARIDAD y DETALLE, los HECHOS que motivan su reclamo, y los BENEFICIOS o COBERTURA que reclama.)

(Si le falta espacio para describir el problema, utilice el reverso o cualquier hoja anexa)

SOLICITUD CONCRETA: (Sea claro y preciso en indicar sus PETICIONES. Formule todas ellas al reclamar).

IMPORTANTE

El plazo para la respuesta a su reclamo es de 10 días a contar desde la fecha de recepción de este documento.

En caso que su solicitud o reclamo no haya sido atendida en el plazo señalado, o no se encuentre conforme con la respuesta recibida, le asiste el derecho de poder presentar su reclamo a la superintendencia de salud dentro de 5 días hábiles, contado desde la fecha señalada para la resolución de reclamo o la fecha de recepción de la respuesta.

FIRMA RECLAMANTE

ALBERTO FUENTES PEÑA
DIRECTOR TECNICO
REPRESENTANTE LEGAL