

**FORMULARIO DE RECLAMO ADMINISTRATIVO**

FECHA APROBACIÓN: 08/09/2016  
 VERSIÓN: 002  
 PÁGINA 1 DE 1  
 CÓDIGO: HGDC-AU-FORM-RA

**Ministerio de Salud Pública**

Coordinación Zonal 9 - SALUD  
 Hospital General Docente de Calderón

**FORMATO**

<b>TRÁMITE N°</b>	
<b>FECHA DE RECEPCIÓN</b>	
<b>RECEPTADA POR:</b>	
<b>CARGO DEL RECEPTOR:</b>	

<b>DATOS PERSONALES DEL RECLAMANTE</b>	
Reclamo realizado por: Usuario <input type="checkbox"/>	Acompañante <input type="checkbox"/>
Nombres y apellidos:	
Cédula de ciudadanía:	
Teléfono convencional:	Celular:
Correo electrónico:	
<b>Dirección domicilio:</b>	
Calle principal:	Calle secundaria: N°
Barrio/sector:	Parroquia
Cantón	Provincia

<b>DATOS DEL RECLAMO</b>	
Proceso/servicio/ lugar donde ocurrió el incidente:	
Nombre de la persona denunciada:	
Cargo:	
Fecha del incidente:	Hora del incidente:
<b>Marque con X el incidente ocurrido</b>	
Retraso en la prestación del servicio <input type="checkbox"/>	Maltrato por parte del personal <input type="checkbox"/>
Servicio deficiente <input type="checkbox"/>	
Información incorrecta <input type="checkbox"/>	
Instalaciones sucias <input type="checkbox"/>	
Otros _____	
Breve narración del incidente:	

\_\_\_\_\_  
 Firma del Reclamante

literal\_f3-Formulario\_reclamo\_administrativo  
 V002



<b>RECLAMO EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN</b>	
<b>TRAMITE N°</b>	
<b>FECHA DE RECEPCIÓN</b>	
<b>RECEPTADA POR:</b>	
<b>CARGO DEL RECEPTOR:</b>	
<b>FIRMA Y SELLO:</b>	

\*Favor acercarse en el plazo de \_\_\_\_\_ días, para retirar la respuesta a su reclamo.