



## Formulario de Quejas/Cumplidos y Seguimiento

Fecha de Ocurrencia: \_\_\_\_\_ Fecha recibido: \_\_\_\_\_

Lugar de Ocurrencia: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona a la que dirige la queja o cumplido:

\_\_\_\_\_

Queja/Cumplido de: \_\_\_ Paciente \_\_\_ Familia/Visitante \_\_\_ Personal /Proveedor Otro: \_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

MR: \_\_\_\_\_

### Queja/Cumplido:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

.....

Department F/U: \_\_\_\_\_

### Department/Manager Findings & Actions:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

\*Attach a copy and any other relevant documents

\*After completion by Department Manager, forward original to Risk Management