FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE RECLAMO DE LA LEY N°20.584, QUE REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD

A través de este formulario ud. Puede dar a conocer los motivos de su reclamo, sugerencia y/o felicitaciones, o hacer presente hechos de los que haya tomado conocimiento.

IDENTIFICACIÓN (Persona que efectúa la presentación)	**IDENTIFICACIÓN PACIENTE** (en caso de no ser quien efectúa la presentación)
Nombre:	
Rut:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Dirección:	

Seleccione tipo de presentación:

☐ Reclamo ☐ Sugerencia ☐ Felicitaciones

MOTIVO (Usar letra clara y legible)

(Si le falta espacio para describir la situación, utilice solicite una hoja para anexar)

RESPUESTA ¿Desea ser notificado mediante correo electrónico?

NO ____ Si selecciona "NO", será notificado de las resoluciones que tengan lugar en su reclamo, conforme a las reglas generales (por carta certificada o personalmente)

SI ____ Ud. Autoriza como medio de respuesta preferente la notificación electrónica en la dirección de correo que indicó en sus datos.

FECHA:

_____

FIRMA

Puede solicitar en secretaría la Ley N° 20.584 que regula los Deberes y Derechos de los pacientes, si Ud así lo amerita.