Ficha de Reclamo en Salud

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Oficina Gestión de la Calidad

ÁREA O SERVICIO DONDE OCURRE EL RECLAMO:			**N° Correlativo**
FECHA DEL RECLAMO: día	**mes:**	**año: 2014**	
DATOS PERSONALES DEL USUARIO AFECTADO			
Apellido paterno:			
Apellido materno:			
Nombres:			
FECHA DE NACIMIENTO. Día:	**Mes:**	**Año:**	**Edad:**
Dirección:			
DNI	**Teléfono:**	**Email:**	

- **Seguro de salud SIS**
- **Seguro Complementario De trabajo de riesgo**
- **Seguro obligatorio de Accidente de tránsito**
- **No asegurado**

Fecha ocurrencia relacionado al reclamo: ……

Detalle del reclamo:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Documentos que se adjuntan:

Acciones adoptadas por la Oficina de Gestión de la Calidad

……
……
……
……

Servidor receptor:	**Firma y huella del reclamante :**