

Estimada/o usuaria/o:

A través de este formulario usted puede realizar requerimientos asociados a reclamos, sugerencias y/o felicitaciones, una vez que se registre su requerimiento, será canalizado a nuestra plataforma de gestión, siendo derivada al área o centro correspondiente en donde usted recibió atención, entregando respuesta dentro de un plazo de 10 días hábiles, desde el día hábil siguiente de su recepción.

Es muy importante que mantenga el número de requerimiento con el cual usted podrá dar seguimiento a su solicitud, siendo el respaldo para exigir que se le entregue respuesta oportunamente.

Solicitamos que complete la información que a continuación se indica y adjunte el formulario en plataforma
Gracias

| | |
|--|--|
| Nombre del Centro donde recibió la atención: | |
| Fecha y hora de la atención: | |

Indique la mayor cantidad de datos del Cliente:

| | |
|--------------------|--|
| Nombres: | |
| Apellidos: | |
| RUT: | |
| Empresa Adherente: | |
| E-mail: | |
| Teléfono: | |
| Celular: | |
| Domicilio: | |

Marque con una X si la comunicación recibida es un/una:

Reclamo
 Reclamo Ley de Derechos y Deberes
 Sugerencia
 Felicitación
 Otros

Marque con una X la causa relacionada la comunicación:

Trato
 Tiempo de espera
 Procedimientos administrativos
 Infraestructura
 Información
 Competencia técnica
 OTROS (indique) _____

Marque con una X el área relacionada con la comunicación:

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Admisión | <input type="checkbox"/> Urgencia | <input type="checkbox"/> Controles o Policlínico |
| <input type="checkbox"/> Centro Evaluación del Trabajo (CET) | <input type="checkbox"/> Medicina del trabajo (MDT) | <input type="checkbox"/> Kinesiterapia o Instituto de Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Imagenología | <input type="checkbox"/> Botiquín o Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Toma de muestras o Laboratorio | <input type="checkbox"/> Centro Médico | <input type="checkbox"/> Atención remota |
| <input type="checkbox"/> UCI-T | <input type="checkbox"/> UCI-Q | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> SMQ 3° | <input type="checkbox"/> SMQ 4° NRH | <input type="checkbox"/> SMQ 4° Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Unidad de procedimientos Mínimamente Invasivos (UPMI) | <input type="checkbox"/> Pabellón | <input type="checkbox"/> Gerencia o Dirección Médica |
| <input type="checkbox"/> OTROS (indique) _____ | | |

Favor describa situación por la cual solicita gestión y la petición concreta

Firma _____