



Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de la persona que presenta el informe: _____

Si no es el paciente superior:

Relación al paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Descripción de la queja:

¿Nuestro personal intentó corregir el problema cuando ocurrió?

Sólo para uso del personal: Fecha/Hora en que se recibió: _____

Recibido por: _____