

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:	Nombre de la persona que llama (si no es el paciente) y relación que tiene con el paciente:
Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa):	Información de contacto del paciente:
Nombre del fármaco o nro. de receta:	

INFORMACIÓN SOBRE LA QUEJA:

Fecha de la queja:	Queja tomada por:
--------------------	-------------------

TIPO DE QUEJA (seleccione TODO lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Fármaco incorrecto	<input type="checkbox"/> Atención al Cliente
<input type="checkbox"/> Cantidad/dosis/concentración incorrecta	<input type="checkbox"/> Suministros
<input type="checkbox"/> Paciente incorrecto	<input type="checkbox"/> Producto vencido
<input type="checkbox"/> Indicaciones/etiqueta incorrectas	<input type="checkbox"/> Accidentes
<input type="checkbox"/> Inquietud sobre la facturación	<input type="checkbox"/> Error de envío
<input type="checkbox"/> Lesión del paciente o de un miembro del personal	<input type="checkbox"/> Otros (describa)

DETALLES DE LA QUEJA:

Solo para uso de Quick Care:

Fecha en la que se presentó la queja:	Fecha en la que se resolvió la queja:
Fecha en la que se registró la queja en el registro de quejas:	Fecha en la que se informó la resolución al paciente:
Nombre de la persona que resolvió la queja:	
Descripción de la resolución:	
Medidas tomadas para evitar esta queja/este error en el futuro, si corresponde:	