



FORMULARIO DE QUEJAS DEL PACIENTE

| 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): | | | |
|---|--|---------------------|--|
| Fármaco incorrecto | | Error de envío | |
| Cantidad/dosis/concentración incorrecta | | Atención al Cliente | |
| Paciente incorrecto | | Suministros | |
| Indicaciones/etiqueta incorrectas | | Producto vencido | |
| Inquietud sobre la facturación | | Accidentes | |
| Lesión del paciente o de un miembro del personal | | Otros (describa) | |

| Detalles de la queja: |
|-----------------------|
| |

| Solo para uso de Linden 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: | |