

COMENTARIO Y/O QUEJAS



FECHA Y HORA:

NOMBRE DE PACIENTE:

NO. DNI:

NOMBRE DEL FAMILIAR Ó ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE:

No. DNI ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE:

ATENCIÓN O SERVICIO:

FAVOR DESCRIBIR EN EL SIGUIENTE ESPACIO SU COMENTARIO:

Area with multiple horizontal lines for writing the comment or complaint.

FIRMA

TELEFONO DE CONTACTO: