

## Formulario de Querellas

- 
1. Nombre del Querellante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
  2. Relación con el Beneficiario (si no es el paciente)  
\_\_\_\_\_
  3. Dirección del Querellante \_\_\_\_\_
  4. Nombre del Beneficiario \_\_\_\_\_
  5. Correo electrónico \_\_\_\_\_
  6. Número de Contrato \_\_\_\_\_
  7. Dirección Postal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
  8. Proveedor de Salud Mental \_\_\_\_\_
  - 9.

### Resumen de la situación:

---

---

---

---

---

---

### Marque la que mejor represente su situación

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problema con la farmacia     | <input type="checkbox"/> Dificultad para obtener el servicio |
| <input type="checkbox"/> Cambio de proveedor          | <input type="checkbox"/> Acceso a teléfono                   |
| <input type="checkbox"/> Autorización de medicamentos | <input type="checkbox"/> Tiempo de espera                    |
| <input type="checkbox"/> Cambio de medicamento        |  |

Otro: \_\_\_\_\_

### Firmas del beneficiario / Representante o Tutor

\_\_\_\_\_  
**Fecha:** \_\_\_\_\_