

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: _____