

HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave
Hillsboro, OR 97213
www.HillsboroClinic.com
503.681.4366 (phone)
503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

FORMULARIO DE REGISTRO DE RECLAMOS Y QUEJAS

PARTE A: REGISTRO DE QUEJA

Fecha de queja: ____ / ____ / ____

Detalles de la persona que presenta la queja:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Detalles del defensor (si corresponde):

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Detalles del personal o miembro del comité que registra la queja:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Naturaleza de la queja:

Fecha (s) ocurridas: _____

Otras partes involucradas: _____

Detalles: _____

Detalles de las acciones ya tomadas para abordar la inquietud: _____

Resultado deseado del proceso: _____

Firmado: _____
(persona que presenta una queja)

Firmado: _____
(persona que recibe la queja)

Fecha coordinador informado: ____ / ____ / _____ por _____

Fecha del comité de gestión informado: ____ / ____ / _____ por _____

PARTE B: REGISTRO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMOS

Acciones por tomar:

Detalles de las acciones a tomar	¿Quién es responsable?	Para ser completado por	¿Terminado?

Registros de reuniones / llamadas telefónicas:

Fecha	Tipo de contacto	Personas involucradas	Problemas discutidos	Decisiones tomadas

Detalles de la revisión externa (si corresponde):

Nombre: _____ Organización: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Recomendaciones de revisión externa: _____

Resultados del proceso de resolución: _____

¿Se ha resuelto la queja? Sí No

Firmas a resolución:	
Persona que presenta una queja: _____	Fecha: ____ / ____ / _____
Coordinador: _____	Fecha: ____ / ____ / _____
Presidente: _____	Fecha: ____ / ____ / _____