

 <p>HOSPITAL SANTO TOMÁS</p>	<p>FORMULARIO</p>	<p>HST-LAB-G3-F006</p>
	<p>REGISTRO DE RECLAMOS O SUGERENCIAS LABORATORIO CLÍNICO</p>	<p>Página: 1 de 1</p>
	<p>Versión: 1</p>	
	<p>Revisión: 10/6/21</p>	

Datos personales del reclamante: (llenar en letra imprenta)

Nombre: _____ Cédula o Pasaporte: _____

Teléfono de contacto: _____ E-mail: _____

Tipo de usuario: Paciente Personal del Hospital: _____

Procedencia: Ambulatorio Sala: _____

DESCRIPCIÓN DEL RECLAMO O SUGERENCIA:

Nombre del responsable de recibir el reclamo o sugerencia: _____

Fecha y hora del reclamo o sugerencia: _____

Codificación del reclamo o sugerencia (Para uso interno del Laboratorio): _____