
	FORMULARIO	HST-LAB-G3-F006	
		Página: 1 de 1	
	REGISTRO DE RECLAMOS O SUGERENCIAS LABORATORIO CLÍNICO	Versión: 1	
		Revisión: 10/6/21	

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:

[illegible]

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): _____