

	FORMULARIO	HST-LAB-G3-F006	
		Página: 1 de 1	
	REGISTRO DE RECLAMOS O SUGERENCIAS LABORATORIO CLÍNICO	Versión: 1 (10/6/21)	
		Revisión: 1 (21/7/23)	

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): _____