

Usted puede ayudarnos a mejorar los servicios de atención en salud, comuníquenos sus observaciones

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS MATRICULA
 TELEFONO O CELULAR UNIDAD O AREA DE TRABAJO
 CORREO ELECTRONICO PROFESION y/o CARGO

SELECCIONE: RECLAMO

DENUNCIA

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO SCZ ESTABLECIMIENTO DEPARTAMENTO: SANTA CRUZ
 FECHA DEL SUCESO..... LUGAR DEL HECHO CIUDAD:

MOTIVO (Seleccionar el motivo con "X")

- | | |
|--|--|
| 1. Actitud y trato del Asegurado titular, beneficiario, derecho-habiente o familiar <input type="checkbox"/> | 4. Incumplimiento de indicaciones medicas por el paciente. <input type="checkbox"/> |
| 2. Inconformidad en cumplimiento de horarios (citas, cirugías, estudios programados) <input type="checkbox"/> | 5. Incumplimiento de indicaciones medicas por el equipo de salud <input type="checkbox"/> |
| 3. Inconformidad respecto a la infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos, materiales y recursos humanos del área de trabajo. <input type="checkbox"/> | 6. Inconformidad con políticas laborales propios del ente Gestor. <input type="checkbox"/> |

Otros (especificar).....

Identifique a la persona o área de quienes presenta el reclamo y/o denuncia.

Aclaración del motivo de su solicitud (describa concretamente los antecedentes que permitan la mejor comprensión del hecho)

Desea recibir respuesta a su reclamo mediante: Nota Correo electrónico Teléfono Personalmente

Fecha de Presentación

Día	mes	año

.....
 FIRMA Y N.º DE CARNET DE IDENTIDAD

Gracias por su colaboración, el Seguro Social Universitario de Scz., considerara y analizara su SOLICITUD. "Si la respuesta emitida por el SSU no es satisfactoria, podrá acudir a la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo – ASUSS (Calle Arenales esq. Beni, Edificio Empresarial Santiago s/n)

Se garantiza el buen uso y condiciones de los datos contenidos en el presente formulario, cuyo objetivo principal es la gestión de su solicitud y así mejorar la calidad de los servicios de salud.

Fecha de registro Fecha remisión Fecha resolución Fecha respuesta

Desglosar esta parte como prueba y constancia de la solicitud presentada.

FORMULARIO DE REGISTRO DE RECLAMOS INTERNOS

Fecha de presentación

Día	mes	año

 Formulario N.º

Departamento Santa Cruz

ENTE GESTOR: Seguro Social Universitario Scz.
 Establecimiento _____

Estimado Usuario guarde la constancia para el seguimiento de su solicitud.

PARA EL SEGUIMIENTO DE SU SOLICITUD UD. PUEDE COMUNICARSE AL TEL.: _____

.....
 FIRMA Y SELLO DEL ENCARGADO