

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 O BENEFICIARIO.....

SELECCIONE: RECLAMO

DENUNCIA

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

MOTIVO (Seleccionar el motivo marcando con una "X")

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Actitud y trato del personal | <input type="checkbox"/> | 5. Inconformidad de diagnóstico y tratamiento. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Inconformidad con la programación de servicios de salud. | <input type="checkbox"/> | 6. Inconformidad con la entrega y dispensación de medicamentos. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Inconformidad con la información y comunicación en la prestación de servicios. | <input type="checkbox"/> | 7. Inconformidad con tramites médico-administrativos (compra de servicios) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Inconformidad en cumplimiento de horarios en la prestación de servicios. | <input type="checkbox"/> | 8. Inconformidad con infraestructura en establecimientos de salud. (limpieza, climatización y otros) | <input type="checkbox"/> |

Otros (especificar).....

Identifique a la persona de quien hace su reclamo y/o denuncia.

Aclaración del motivo de su solicitud (describa concretamente los antecedentes que permitan la mejor comprensión del hecho, aclare la unidad o área del profesional)

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

Fecha de Presentación

Día	mes	año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 EXTERNOS

Fecha de presentación

Día	mes	año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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