

**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