

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:

Nombre de la persona que llama (si no es el paciente) y relación que tiene con el paciente:

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa):

Información de contacto del paciente:

Nombre del fármaco o nro. de receta:

INFORMACIÓN SOBRE LA QUEJA:

Fecha de la queja:

Queja tomada por:

TIPO DE QUEJA (seleccione TODO lo que corresponda):

IFármaco incorrecto	<input type="checkbox"/>	Atención al Cliente	<input type="checkbox"/>
Cantidad/dosis/concentración incorrecta	<input type="checkbox"/>	Suministros	<input type="checkbox"/>
Paciente incorrecto	<input type="checkbox"/>	Producto vencido	<input type="checkbox"/>
Indicaciones/etiqueta incorrectas	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>
Inquietud sobre la facturación	<input type="checkbox"/>	Error de envío	<input type="checkbox"/>
Lesión del paciente o de un miembro del personal	<input type="checkbox"/>	Otros (describa)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

DETALLES DE LA QUEJA:

Solo para uso de Quick Care:

Fecha en la que se presentó la queja:

Fecha en la que se resolvió la queja:

Fecha en la que se registró la queja en el registro de quejas:

Fecha en la que se informó la resolución al paciente:

Nombre de la persona que resolvió la queja:

Descripción de la resolución:

Medidas tomadas para evitar esta queja/este error en el futuro, si corresponde: