



Formulario de queja del participante

Nombre del participante: _____

Fecha de la queja: _____

Iniciado por: Participante Cuidador Familia

Nombre/parentesco del iniciador, si no es el participante: _____

Naturaleza de la queja:

- Clínica Proveedor contratado Centro diurno
 Atención domiciliaria Comida en el centro Transporte

Otro: _____

Descripción de la queja: _____

Nombre del personal que ayuda con el formulario de quejas: _____

ENTREGUE INMEDIATAMENTE ESTE FORMULARIO Y TODOS SUS ANEXOS AL DIRECTOR DE OPERACIONES