CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
CALIDAD
CONTROL DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

FOLIO	FECHA	DATOS DEL PACIENTE (Número de teléfono, correo electrónico)	NOMBRE DEL PACIENTE	CONTENIDO DEL COMENTARIO	ACCIONES	FECHA DE ATENCIÓN AL PACIENTE	RESPONSABLE DEL ÁREA	ÁREA A LA QUE VA DIRIGIDA	CLASIFICACIÓN