



Ministerio
de Salud Pública
Hospital Docente de CALDERÓN

**FORMULARIO DE RECLAMO
ADMINISTRATIVO
FORMATO**

FECHA APROBACIÓN: 04/05/2016
VERSIÓN: 001
PÁGINA 1 DE 1
CÓDIGO: HGDC-AU-FORM-RA

TRÁMITE N°	
FECHA DE RECEPCIÓN	
RECEPTADA POR:	
CARGO DEL RECEPTOR:	

DATOS PERSONALES DEL RECLAMANTE		
Reclamo realizada por:	Usuario <input type="checkbox"/>	Acompañante <input type="checkbox"/>
Nombres y Apellidos:		
Cédula de Ciudadanía:		
Teléfono Convencional:		Celular:
Correo Electrónico:		
Dirección domicilio:		
Calle principal:	Calle secundaria:	N°
Barrio/Sector:	Parroquia	
Cantón	Provincia	

DATOS DEL RECLAMO	
Proceso/servicio/ lugar donde ocurrió el incidente:	
Nombre de la persona denunciada:	
Cargo:	
Fecha del Incidente:	Hora del Incidente:
Marque con X el incidente ocurrido	
Servicio no prestado <input type="checkbox"/>	Retraso en la prestación del servicio <input type="checkbox"/>
Servicio deficiente <input type="checkbox"/>	Negativa de prestación del servicio <input type="checkbox"/>
Información Incorrecta <input type="checkbox"/>	Maltrato por parte del personal <input type="checkbox"/>
Instalaciones Sucias <input type="checkbox"/>	Falta de Medicamentos/Dispositivos <input type="checkbox"/>
Cobro por los servicios <input type="checkbox"/>	Otros _____
Breve Narración del Incidente:	

Firma del Reclamante

HGDC-AU-FORM-RA
V001

Av. Giovanni Calles y calle Derby
Teléfono: 593-2 3952-700
www.hgdc.gob.ec



RECLAMO EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN	
TRAMITE N°	
FECHA DE RECEPCIÓN	
RECEPTADA POR:	
CARGO DEL RECEPTOR:	
FIRMA Y SELLO:	

*Favor acercarse en el plazo de _____ días, para retirar la respuesta a su reclamo.