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

DATOS PERSONALES DEL RECLAMANTE		
Reclamo realizado por:	Usuario ☐	Acompañante ☐
Nombres y apellidos:		
Cédula de ciudadanía:		
Teléfono convencional:	Celular:	
Correo electrónico:		
Dirección domicilio:		
Calle principal:	Calle secundaria:	N°
Barrio/sector: Cantón	Parroquia 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 Retraso en la prestación del servicio ☐ Servicio deficiente ☐ Información incorrecta ☐ Instalaciones sucias ☐ Otros _____	Maltrato por parte del personal ☐
Breve narración del incidente:	

_____
Firma del Reclamante

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.