CLÍNICA GENERAL DEL NORTE Un compromiso con la vida	**FORMATO DE REGISTRO DE QUEJAS Y/O RECLAMOS**	**Versión: 001** **Fecha: 2017-10-27**

TIPO DE PACIENTE : ADULTO MAYOR ◯ MADRE GESTANTE ◯ MENOR DE EDAD ◯

FECHA:_____ C.C_____

NOMBRE:_____ EPS: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO:_____

CIUDAD_____ BARRIO:_____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: _____ C.C / T.I _____

EPS: _____

QUEJA / RECLAMO

NÚMERO DE TICKET _____

F-ATN-001