

## FORMULARIO DE REGISTRO DE LA EXPRESIÓN DEL USUARIO

**Artículo R. 1112-91.** Código de la Sanidad Pública-Todo usuario de un establecimiento de salud debe ser puesto en condiciones de expresar (expresar) oralmente sus quejas cerca de los responsables de los servicios del establecimiento.

### Identificación del demandante

Apellido: ----- (apellido de esposa :-----) Nombres: -----

Dirección: -----

Código postal ----- País : -----

Profesión: -----

Tel. Domicilio: ----- Celular : -----

E-mail: -----

Fecha de nacimiento : -----/-----/-----  
Día mes año

### Modo y tipo de recepción

Queja (Denuncia)

Reclamación

Data de depósito: -----/-----/-----

Por escrito (carta)

En el mismo lugar

Por e-mail

Por fax

### Identificación del servicio

N ° de expediente (paciente) ----- Servicio -----

N° de habitación -----

#### Persona concernida

Médico

Enfermero (ra)

Ayudante técnico sanitario  ASH

Secretario

Técnico (s)

Médico- técnico

Empleado

La Dirección

Marco (Ejecutivo) de Salud

# Motivo del depósito de expresión

Usted presenta esta denuncia o reclamación como

- Víctima
  Testigo
  Próxima de la Víctima  
 Representante legal de la víctima

¿Cual es el objeto de su queja (denuncia) o de su reclamación?

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

Fin perseguido

-----

-----

-----

-----

-----

Fecha hechos (del acontecimiento) -----/-----/-----

Momento de los hechos:     Por la mañana     Mediodía     Tarde

Hora de los hechos (si posible) -----

Conforme a la ley, las informaciones recogidas en el marco del tratamiento de la queja (denuncia) o de la reclamación servirán sólo para el examen de ésta y todas las medidas serán tomadas para garantizarlo la confidencialidad.

Hace a-----, el-----

Firma del demandante