**DIVISION DE MEDICAMENTOS Y FARMACIAS**

USO OFICIAL: NUMERO DE QUERELLA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

*FORMULARIO OFICIAL PARA RADICACION DE QUEJAS O QUERELLAS*

*Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***I. INFORMACION DEL QUERELLANTE: (Puede indicar Anónimo si no interesa identificarse)***

*Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Dirección:*

*Teléfono: (s) Tel. Adicional: Sexo: (F) \_\_\_\_ (M)*

*Nombre de familiar cercano: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_*

***II. Nombre de la Facilidad:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Número de Licencia: (si está disponible) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***III. Dirección:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***IV. Detalles de la querella:***

*Fecha del Incidente****:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Favor utilizar hoja en blanco si necesita más espacio para continuar con la información)*

***VII. Mencione las personas que presenciaron la situación***

***VIII. Seguimiento:***

*Querella o Queja puede ser enviada a;*

* ***Dirección postal****:*

*Departamento de Salud*

*Secretaria Auxiliar Para Reglamentación y*

*Acreditación de Facilidades de Salud*

*División de Medicamentos y Farmacias*

*1090 Marginal Ruiz Soler*

*Bayamón Puerto Rico 00961-7329*

* ***Correo electrónico:***

[*amelia.diaz@salud.pr.gov*](mailto:amelia.diaz@salud.pr.gov)*,* [*irosario@salud.pr.gov*](mailto:irosario@salud.pr.gov)*,* [*danelys.rivera@salud.pr.gov*](mailto:danelys.rivera@salud.pr.gov)

* ***Entrega a la mano:***

*Departamento de Salud*

*Secretaria Auxiliar Para Reglamentación y*

*Acreditación de Facilidades de Salud*

*División de Medicamentos y Farmacias*

*Marginal Ruiz Soler, Antiguo Hospital Ruiz Soler*

*Bayamón Puerto Rico*

*Para más información puede comunicarse a nuestras oficinas al:*

*(787) 765-2929 ext. 4770, 4773, 4749, 4720*

|  |
| --- |
| ***USO OFICIAL*** |
| *Recibida por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trámite a seguir:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Hora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |