

INFORME COMPLEMENTARIO AL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE SITUACIÓN CONFLICTIVA CON CIUDADANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

CENTRO DE SALUD:	FECHA INCIDENTE:
NOMBRE Y APELLIDOS AFECTADO:	
DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL INCIDENTE:	
NOMBRE COMPLETO DE LOS CAUSANTES DEL INCIDENTE (con nivel de participación de cada uno):	
SE SOLICITA:	
Profesional sanitario: CAMBIO DE MÉDICO/ENFERMERA:	SI ----- NO -----
Otros Profesionales: MEDIDAS ORGANIZATIVAS EN EL CS:	SI ----- NO -----

Nombre y firma de la persona que notifica el incidente:

.....

Fecha:.....

Documentación que se acompaña (Copia)
<input type="radio"/> Reclamación del ciudadano
<input type="radio"/> Denuncia del profesional
<input type="radio"/> Parte de Lesiones

Este documento se cumplimentará para poder adoptar las medidas organizativas necesarias encaminadas a preservar la adecuada prestación del servicio en el Centro de Salud.