

SEGUIMIENTO DE ATENCIÓN A QUEJAS										# DE QUEJA:	
PERSONA QUE DETECTA	FECHA DE REPORTE: _____ AREA: _____										
	REPORTADO POR: _____ DERIVADA DE: _____										
	DESCRIPCION DE LA QUEJA:										
PERSONA QUE DETECTA	INCUMPLIMIENTO DE:						CALIFICACIÓN DE LA QUEJA	Queja Médica			
								Queja por defectos de Calidad			
COMITÉ TÉCNICO	CORRECCIÓN (ACCIÓN INMEDIATA A LLEVAR A CABO):										
	FECHA COMPROMISO				Responsable (s) (Nombre y Firma)						
	CAUSA DE LA DESVIACIÓN: (Uso de la metodología de Ishikawa Analisis Causa Efecto)										
	ACCION CORRECTIVA (ELIMINAR CAUSA):										
	FECHA COMPROMISO				Responsable (s) (Nombre y Firma)						
CALIDAD	VERIFICACIÓN PREVIA DEL PRODUCTO										
	FECHA DE FABRICACION				LOTE DE FABRICACION				UBICACION DE LA MUESTRA		
	REQUIERE REVISION RETROSPECTIVA		SI () NO ()		Cumple () No cumple ()		¿POR QUÉ?				
RS O AC	VERIFICACIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA										
	REDACCION LIBRE										
	NOMBRE Y FIRMA:										
	FECHA DE VERIFICACIÓN:										
	VERIFICACIÓN POSTERIOR DEL PRODUCTO										
	FECHA DE FABRICACION				LOTE DE FABRICACION				UBICACION DE LA MUESTRA		
REQUIERE REVISION PROSPECTIVA		SI () NO ()		Cumple () No cumple ()		¿POR QUÉ?					

JEFE(S) O RESPONSABLE(S) DE AREA

RESPONSABLE SANITARIO