

CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT (Mejoramiento Continuo de Calidad)

Child Welfare and Family Services Division
(División de Bienestar Infantil y Servicios a las Familias)



Forma de Reporte de Quejas

1.	Fecha de encuentro:			
2.	Nombre de la persona que presenta la queja:		(Nombre):	
3.	Posición/Papel de la persona que presenta la queja:			
4.	Nombre del Programa/Lugar:			
5.	Nombre de la Persona que toma la queja:		(Nombre):	
6.	Declaración del Agravio:			
Conversaciones Previas con el Programa				
	Fecha:			
	Nombre de la persona que tomó la queja:			
	Resultado:			
7.	Acciones de Seguimiento/Recomendaciones:			
		Acciones de Seguimiento	Persona Responsable	Fecha de Inicio
	A.			Fecha de Acción terminada
	B.			
	C.			
	D.			
	E.			
8.	Nivel de satisfacción de la persona que presenta la queja:		☐ Muy Bueno ☐ Bueno ☐ Aceptable ☐ Malo	

CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT (Mejoramiento Continuo de Calidad)

Child Welfare and Family Services Division
(División de Bienestar Infantil y Servicios a las Familias)



	Explicación, si la persona que presenta la queja no está totalmente satisfecha con la resolución:		
9.	Firma de la persona que presenta la queja:	Fecha:	
10.	Firma de la Persona que toma la queja:	Fecha:	

cc: Expediente
del caso del consumidor