



COMPROBANTE DE RECLAMO

Su **RECLAMO** fue registrado de manera exitosa en el Sistema OIRS con fecha **05-04-2024** y se ha generado este comprobante de registro de su trámite

Su Código de atención es: **2358452**

Solicitante (Persona Natural)

Nombre **MATÍAS ROJAS MEDINA**
RUT **18396218-3**
Teléfono **957765849**
Email **rojasparateno@gmail.com**
Dirección **No registrada**

Detalle

Institución **CENTRO DE SALUD FAMILIAR COMALLE**
Área **MEDICINA**
Tema **SELECCIONE**

Descripción

Junto con saludar, se solicita informar desde cuándo no se cuenta con médico para atenciones en Posta Monterilla, los motivos de ello y las acciones realizadas para tener dicho profesional. Además, para que informe cómo se están haciendo las atenciones médicas en el recinto, en tanto se repone la disponibilidad de médico.

RESPUESTA

Quien redacta: **Sin información** Cargo de quien redacta: **Sin información**

Fecha de respuesta: **Sin respuesta a la fecha**

Respuesta:

Sin respuesta a la fecha

TODA PERSONA PODRÁ RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSULTORIO, HOSPITAL O CENTRO MÉDICO

PRIVADO QUE LO ATIENDE, SI LA RESPUESTA NO ES SATISFATORIA PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (Extracto de la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes)

Para conocer el estado de su trámite ingrese en nuestro sitio OIRS, al link Atención ciudadana, e ingrese el código de atención y su RUT