

Formulario para presentar una queja - Detalles de la queja

Ingrese la información acerca de la queja, para continuar presione "continuar" y para cancelar y retornar al menú principal presione "cancelar".

Información de la persona que realiza la queja

*Nombre y Apellido	<input type="text"/>
*Domicilio	<input type="text"/>
*Ciudad	<input type="text"/>
*Estado	<input type="text"/>
*Código postal:	<input type="text"/>
*Teléfono de la casa (XXX-XXX-XXXX):	<input type="text"/>
Domicilio del lugar de trabajo: :	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>
Estado:	<input type="text"/>
Código Postal:	<input type="text"/>
Teléfono del trabajo (XXX-XXX-XXXX):	<input type="text"/>
Correo electrónico: :	<input type="text"/>

Información del paciente

*Nombre:	<input type="text"/>
*Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/> (mes/día/año)
Número de Seguro Social (Esta información es requerida para propósitos de la investigación)	<input type="text"/>

Información del prestador de servicios médicos

*Nombre del prestador de servicios médicos :	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>
Estado:	<input type="text"/>
Código Postal:	<input type="text"/>
*Teléfono: (XXX-XXX-XXXX):	<input type="text"/>
Profesión:	<input type="text"/>
Número de licencia:	<input type="text"/>

<input type="button" value="Next"/>	<input type="button" value="Cancel"/>
-------------------------------------	---------------------------------------