Nombre del Cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nuevos documentos del Cliente / Consentimientos para el Tratamiento**

* Documentación requerida del cliente
* Expectativas del Analista de Comportamiento
* Expectativas del Asistente de Comportamiento
* Política de Abuso y Negligencia de NOMBRE DE EMPRESA
* Autorización para Divulgar Información a NOMBRE DE EMPRESA
* Declaración de Derechos del Cliente de NOMBRE DE EMPRESA
* Formulario de Información del Cliente de NOMBRE DE EMPRESA
* Formulario de Autorización de Primeros Auxilios a NOMBRE DE EMPRESA
* Pasos para Presentar una Reclamación a NOMBRE DE EMPRESA
* Página de Firma del Título VI de NOMBRE DE EMPRESA
* Consentimiento Informado para el Tratamiento

Nombre del cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento Informado para el Tratamiento**

El abajo firmante reconoce que Nombre de empresa, LLC, en lo sucesivo denominado NOMBRE DE EMPRESA, está prestando servicios para, o en beneficio del cliente que se menciona a continuación, y requiere, consideración parcial por la prestación de dichos servicios, la ejecución de este consentimiento informado para el tratamiento que se ha ejecutado por el abajo firmante como el padre natural, tutor u otra parte responsable del siguiente paciente / cliente nombrado. Los términos específicos de este consentimiento informado para el tratamiento son los siguientes:

• NOMBRE DE EMPRESA proporciona servicios que incluyen, entre otros, servicios de análisis de comportamiento, servicios de asistente de comportamiento, evaluación, programas de desarollo y tratamiento del cliente nombrado abajo.

• NOMBRE DE EMPRESA proporcionará los servicios mencionados de manera profesional y tomará todas las precauciones dentro de lo razonable para garantizar la seguridad del cliente.

• El abajo firmante reconoce el riesgo potencial de lesiones involuntarias para el cliente. NOMBRE DE EMPRESA ha informado al abajo firmante que las estrategias de tratamiento a menudo se basan en juegos o son de naturaleza interactiva y, en consecuencia, puede representar un riesgo potencial de lesiones no intencionadas para el cliente.

• El abajo firmante reconoce los riesgos potenciales de lesiones en base a las estrategias implementadas por NOMBRE DE EMPRESA y consienten a los mismos a pesar de los riesgos divulgados. Además, el abajo firmante renuncia, tanto en nombre del firmante como del paciente, junto con los herederos, deudores, o cesionarios del abajo firmante o del paciente, y toda responsabilidad por lesiones personales, físicas, o de otro tipo, en el que pueda incurrir el cliente como resultado de la prestación de servicios.

• El abajo firmante reconoce y acepta la ejecución de este formulario, y las promesas y condiciones establecidas en el presente documento, es una consideración parcial para la prestación de servicios al cliente por parte de NOMBRE DE EMPRESA.

• El abajo firmante reconoce y acuerda que, si el estado del tutor legal cambia, notificaran inmediatamente a Nombre de empresa, el nombre, la dirección y el número de teléfono del nuevo tutor legal del cliente nombrado debajo.

• El abajo firmante reconoce y acuerda que tienen autoridad legal para dar su consentimiento al tratamiento, divulgación de información y todos los problemas legales relacionados con el cliente que se menciona a continuación. A petición, proveeré a Nombre de empresa, la documentación legal necesaria para respaldar este reclamo.

Al firmar a continuación, verifico que he leído y entiendo el Consentimiento Informado para el Tratamiento anterior, y acuerdo adherirme al mismo, y deseo que NOMBRE DE EMPRESA brinde servicios y que la prestación de servicios sea en dependencia de la adhesión a este acuerdo y la participación total del cuidador / tutor. Si en cualquier momento no hay una participación y cooperación total por parte del cuidador / tutor, entiendo que NOMBRE DE EMPRESA puede terminar los servicios seguidos a una notificación de 30 días. También entiendo que puedo interrumpir los servicios en cualquier momento y ser responsable de pagar por los servicios prestados hasta ese momento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Cuidador / Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Proveedor de Servicios de NOMBRE DE EMPRESA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

Nombre de empresa Dirección Telefono

Nombre del Cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este documento autoriza a Nombre de empresa (NOMBRE DE EMPRESA), dirección, y sus subsidiarias, afiliadas y clínicos, la capacidad de liberar u obtener información protegida de salud concerniente al cliente mencionado anteriormente. La información protegida de salud puede relacionarse con mi pasado, condición de salud física o mental presente o futura, y la provisión de mi atención médica, o el pago de mis servicios de atención médica.

Esta información puede ser \_\_\_ divulgado a \_\_\_ obtenida de las siguientes agencias (por ejemplo, consultorio médico, escuela), y sus empleados (indique el nombre / dirección de la agencia): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Metodo de Entrega: Correo ☐ Teléfono ☐ Fax ☐ Correo Eléctronico ☐

Yo autorizo a que se divulgue ☐ TODA la información de salud o solo la siguiente información está autorizada para divulgación (marque TODA para autorizar).

☐Plan de Educación Individual (IEP) ☐ Evaluación del habla / lenguaje ☐ Hoja de información del cliente ☐Evaluación Psicológica Educacional ☐ Examen de audición ☐Tarjetas de Reporte / Transcripciones ☐ Historial médico y físico ☐Registro de Vacunación ☐Informe de Neurología ☐Evaluación Psiquiátrica ☐Informe de Comportamiento ☐Informe Especial ☐Evaluación Psicológica ☐Visita para Gestión de Medicamentos ☐ Notas de Progreso ☐Tratamiento Individualizado ☐Revision del Plan de Tratamiento ☐Evaluación Psicosocial ☐Programa de Comportamiento ☐Resumen de Alta ☐Resumen de Progreso

**Vencimiento:** Esta autorización vence en:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Fecha de Vencimiento) Propósito de la divulgación: ☐ A petición del individuo ☐ Evaluación ☐ Coordinación de Tratamiento ☐Determinacion de discapacidad ☐ Otra, por favor especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐Para obtener información del expediente de la Prueba del Estado de Comportamiento

**Informació Adicional**:

• Entiendo que Nombre de empresa, no puede garantizar que el destinatario no redivulgara mi información de salud a un tercero. El Beneficiario no puede estar sujeto a las leyes federales gobernando la privacidad de la información de salud.

• Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de Nombre de empresa.

• Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, sin embargo, no puedo revocar autorización para la acciones que ya se tomaron. Además entiendo que debo proporcionar cualquier aviso de revocación por escrito a la oficina de NOMBRE DE EMPRESA en la dirección que se indica arriba.

Una copia de este comunicado será válida como el original.

ESTE CONSENTIMIENTO VENCE AL AÑO A PARTIR DE LA FECHA FIRMADA A MENOS QUE SEA ESPECIFICADO DE OTRA MANERA.

Nombre y Firma del Tutor Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Expectativas del Servicio de Análisis de Comportamiento**

Nombre del Cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descripción del Analista de Comportamiento:

Un Analista de Comportamiento proporciona servicios de apoyo de terapia basados en la comunidad. El Analista de Comportamiento proporciona una evaluación para el consumidor junto con el desarrollo de un plan de atención y asegura la implementación del plan.

Responsabilidades del Analista de Comportamiento:

• Si se solicita y aprueba una Evaluación del Comportamiento Funcional (FBA), la misma se completará dentro de 30 días una vez se reciba la Autorización del Servicio Personal (PSA).

• Desarrollo de un Plan de Servicio de Análisis de Comportamiento (BASP) que es incorporado en el Plan de Servicio Individual (ISP) vencerá dentro de los 90 días posteriores a la recepción de la Autorización del Servicio Personal (PSA).

• Proporciona servicios solo dentro de los márgenes de la Autorización del Servicio Personal (PSA). • Presenta los planes correspondientes al Comité de Revisión Local, completa las revisiones y envía actualizaciones según sea necesario y requerido.

• Implementa el Servicio de Análisis de Comportamiento (BASP), así como capacita y monitorea a los cuidadores.

• Recopila y analiza los datos recibidos de los cuidadores.

• Completa las notas del caso / registro de terapias del cliente con la confirmación firmada de los servicios.

• Resúmenes trimestrales del servicio e informes anuales en relación con la Fecha de vigencia del Plan de Soporte, para incluir Gráficos Mensuales.

• Envía todos los resúmenes e informes a la oficina local de APD todos los meses en el plazo requerido. • Miembro activo del equipo de tratamiento del consumidor.

• Asistencia a la reunión del ISP cuando sea solicitado.

• Correspondencia regular con el Coordinador de Apoyo del consumidor y sus cuidadores.

• Coordinar citas para la entrega de servicios. • Proporcionar servicios en el hogar, la comunidad, el lugar de trabajo o ADT.

Al firmar abajo, estoy indicando que entiendo completamente el rol que tiene mi Análista de Comportamiento en brindarme servicios excepcionales. También me han explicado las responsabilidades del Analista de Comportamiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Analista de Comportamiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha

oAnalista Certificado de Comportamiento

Nombre de empresa

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Expectativas de Servicios de Análisis de Comportamiento**

Descripción del Asistente de Comportamiento o Técnico de Comportamiento Registrado:

Un Asistente de Comportamiento o un Técnico de Comportamiento Registrado (RBT) proporciona servicios de apoyo terapéutico basados en la comunidad. El Asistente de Comportamiento o Técnico de Comportamiento Registrado (RBT) trabaja con un Analista de Comportamiento para implementar el plan de comportamiento, recopilar datos y capacitar cuidadores.

Responsabilidades del Asistente de Comportamiento / Técnico de Comportamiento Registrado:

• Proporciona servicios solo dentro de los márgenes de la Autorización de Servicio Personal.

• Implementa el Plan de Servicio de Análisis de Comportamiento(BASP), así como también monitorea a los cuidadores.

• Completar las notas del caso / registro de contacto del cliente con confirmación firmada de servicios.

• Completar resúmenes trimestrales de servicio e informes anuales en relación con la Fecha de vigencia del Plan de Soporte, para incluir Gráficos Mensuales.

• Enviar todos los resúmenes e informes a la oficina local de APD todos los meses en el plazo requerido. • Miembro activo del equipo de tratamiento del consumidor.

• Asistencia a la reunión del ISP cuando sea solicitado.

• Correspondencia regular con el Coordinador de Apoyo del consumidor y sus cuidadores.

• Coordinar citas para la entrega de servicios.

• Proporcionar servicios en el hogar, la comunidad, el lugar de trabajo o ADT.

Al firmar abajo, estoy indicando que entiendo completamente el rol que tiene mi Asistente de Comportamiento en brindarme servicios excepcionales. También me han explicado las responsabilidades del Asistente de Comportamiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Asistente de Comportamiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

/ Técnico de Comportamiento Registrado

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaración de los Derechos del Cliente**

☐ Tengo derecho a la dignidad, a la privacidad y al cuidado humano, incluido el derecho a estar libre de abuso sexual en mi residencia.

☐ Tengo derecho a practicar mi fe.

☐ Tengo derecho a recibir servicios que protejan mi libertad personal y que los mismos sean provistos en las condiciones menos restrictivas para lograr el propósito del tratamiento.

☐ Tengo derecho a participar en un programa para promover mis objetivos educativos y / o de capacitación sin perjuicio de la edad o discapacidad. Tengo derecho a la educación sexual, el matrimonio y la planificación familiar cuando sea aplicable.

☐ Tengo derecho a la interacción social y la participación en actividades comunitarias.

☐ Tengo derecho a ejercicio físico y actividades recreativas.

☐ Tengo el derecho de estar libre de daños, incluyendo daños físicos, químicos, restricciones mecánicas, aislamiento, medicación excesiva, abuso o negligencia.

☐ Tengo derecho a consentir o rechazar el tratamiento, sujeto a las disposiciones de la s. 393.12 (2) (a) o el capítulo 744.

☐ Tengo derecho a recibir beneficios o participar en actividades que reciban fondos públicos. ☐ Tengo derecho a votar.

☐ Tengo derecho a la comunicación sin restricciones; correo, teléfono, visitación, posesiones personales (vestimenta, efectos personales), dinero de acuerdo con la s.407.12. Incluido en mi derecho a tener posesiones personales, será el acceso a espacio de almacenamiento individual para mi uso privado.

☐ Tengo derecho a recibir atención médica y dental adecuada.

☐ Tengo derecho a la disciplina humana.

☐ NO se utilizará ningún plan de tratamiento o plan de comportamiento que contenga el uso de nocivo o estímulos dolorosos.

☐ Mis registros se mantendrán confidenciales.

Una copia de esta Declaración de Derechos fue explicada y entregada a mí.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Cuidador / Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Proveedor de Nombre de empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Política de Abuso / Negligencia**

Todo el personal de Nombre de empresa está legal y éticamente obligado a informar toda situación de sospecha de abuso y / o negligencia. Nuestra política es reportar sospechas de abuso o negligencia inmediatamente a las autoridades competentes. El administrador informará inmediatamente los conocimientos o sospechas al Registro Central de Abuso y al sistema de rastreo del Departamento del Estado utilizando el número gratuito.

1-800-ABUSE. Usuarios de teletipo (TTY) 1-800-453-5145

Entiendo esta política y al firmar, reconozco mi acuerdo con las estipulaciones de este documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Cuidador/Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Proveedor de Nombre de empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

Nombre del Cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario de Autorización de Primeros Auxilios**

Estoy de acuerdo en permitir que el personal de Nombre de empresa administre primeros auxilios de forma simple como limpiar y vendar un corte de piel, quemadura o rasguño. Entiendo que el personal de Nombre de empresa no está autorizado para administrar medicamentos y atención médica más allá del simple vendaje. Cualquier lesión que ocurra será referida al hospital más cercano y / o centro de atención crítica o llamando al 911. El personal de Nombre de empresa no está autorizado para transportar recipientes lesionados.

Estoy de acuerdo con los términos estipulados.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Cuidador/Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Proveedor de Nombre de empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Querido Cliente y Cuidador / Tutor de Nombre de empresa,

Como cliente de Nombre de empresa, LLC, está protegido contra la discriminación por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

El Título VI requiere que ninguna persona en los Estados Unidos de América, por motivos de raza, color, sexo u origen nacional, ser excluido de la participación en, ser negado los beneficios de, o estar sujeto a discriminación en cualquier programa o actividad para la cual una compañía proveedora recibe asistencia financiera federal.

Nombre de empresa, garantiza el pleno cumplimiento del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964., Ley de Restauración de Derechos Civiles de 1987 y estatutos relacionados y reglamentos en todos los programas y actividades previstas.

Cualquier cliente que crea que ha estado angustiado por una práctica discriminatoria ilegal bajo El Título VI tiene el derecho de presentar una queja formal. Cualquier queja debe ser por escrito y presentada a Nombre de empresa, LLC, Gerente General dentro de ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del presunto hecho discriminatorio.

Los Formularios de Quejas del Título VI se pueden obtener y / o para registrar una queja del Título VI, comuníquese con nuestro Equipo de Recursos Humanos y Administración en la dirección de correo electrónico que se indica a continuación.

Sinceramente,

**Firma del Recibo del Título VI**

Al firmar a continuación, verifico que he recibido la carta del Título VI de 1964 de Nombre de empresa:

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Cuidador/Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Proveedor de Nombre de empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

**Pasos para Presentar una Queja:**

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Explicación de los pasos para presentar una queja:

Notificar al Presidente de Nombre de empresa, de la naturaleza y asunto.

* 1. Se puede contactar a través del teléfono celular:
  2. Puede ser contactado por correo electrónico:

Proporcione cualquier documentación que tenga de los problemas.

Nombre de empresa hará todo para satisfacer a nuestros clientes en cualquier manera posible y prometemos abordar su inquietud de manera oportuna y eficaz.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Cuidador/Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del Proveedor de Nombre de empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

**Informe de Quejas:**

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha del reporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que solicita la revisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el beneficiario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esencia de la queja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resolución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la resolución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de envio a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

WSC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_