

**COMUNICACIÓN DE CLIENTES**  
**Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León**

Reclamación:

Sugerencia:

Cliente:   
(Centro/Hospital/Servicio)

Fecha:

Nombre de la persona que cumplimenta este formulario:

E-mail:

Teléfono:

¿Se contactó con el Centro de Hemoterapia antes de cumplimentar este formulario?

SÍ (Teléfono  Fax  E-mail  Otro )

NO

En caso afirmativo, nombre de la persona contactada:

Contenido de la reclamación o sugerencia (detallar si procede el número de albarán, la identificación de los componentes sanguíneos afectados, la fecha del incidente,...)

¿Afectó el incidente a la seguridad de pacientes? Sí  No

En caso afirmativo, valore la gravedad del incidente: