**1.- Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2.- Nombre del denunciante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.- Nombre del proyecto de investigación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4.- Unidad de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5.- Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**6.- Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**7.- Se ha visto afectado por:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**/\_\_\_\_/ Área de Soporte Técnico a los Procesos de Investigación.**

**/\_\_\_\_/ Comité de Bioética CENDEISSS (COIBI).**

**/\_\_\_\_/ Comité de Bioética Local (CLOBI).**

**/\_\_\_\_/ Oficina local de Presupuesto.**

**/\_\_\_\_/ Dirección Médica del Área, Clínica u Hospital.**

**/\_\_\_\_/ Dirección Administrativa del Área, Clínica u Hospital.**

**/\_\_\_\_/ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**8.- Descripción de la queja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**9.- La denuncia fue contestada: /\_\_\_\_/ SI /\_\_\_\_/ NO**

**10.-Registrado en oficio No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Acta No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**11.-Funcionario que atiende: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**La información aquí registrada es estrictamente confidencial y en apego a *la Constitución Política de la República de Costa Rica;* la “*Ley General de la Administración Pública”;* las *Leyes №. 8239 “Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados”; la Ley №. 8220 “Protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos”*  y para uso exclusivo del Área de Soporte Técnico a los Procesos de Investigación.**

***Telefax: 2231-2644 ó 2519-30000 ext. 3122***

***Correos electrónicos:***

***MSc. Domingo Vargas A.:*** ***dvargas@ccss.sa.cr***

***Licda. Karla Arias S.:*** ***karias@ccss.sa.cr***