



# Resolución Directoral

Santa Anita, 21 de Mayo del 2015

Visto el Memorando N° 146/OGC-HHV/15 y el Expediente N° 15MP-05432-00, sobre aprobación de la Ficha de Reclamo en Salud Mental, del Hospital Hermilio Valdizán;

## CONSIDERANDO:

Que, el Literal c) del Artículo 10°, del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, establece como uno de los objetivos funcionales de la Dirección General del Hospital, lograr la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo;

Que, mediante documentos del Visto, la Oficina de Gestión de la Calidad remite el Formato de la Ficha de Reclamo en Salud Mental a la Dirección General del Hospital, precisando que deberá ser usado por la Plataforma de Atención al Usuario; en ese sentido, solicita su aprobación mediante el acto resolutorio respectivo;

Que, dicho documento constituye un instrumento que permite a los usuarios de salud mental del Hospital Hermilio Valdizán, registrar los reclamos cuando considere que existe incumplimiento o deficiencia en la prestación de salud, con el objeto de buscar una solución satisfactoria;

Que, la citada Ficha contendrá información del usuario afectado, tales como datos personales, causa, fecha, materia de reclamo y detalles del mismo, entre otros, a fin de proceder con el procedimiento correspondiente; por cuyas consideraciones resulta necesario emitir el respectivo acto resolutorio;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Dirección General Adjunta, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina Ejecutiva de Administración.

## SE RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Aprobar el Formato denominado "Ficha de Reclamo en Salud Mental" del Hospital Hermilio Valdizán, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo Segundo.-** Encargar al servidor de la Plataforma de Atención al Usuario del Hospital, la responsabilidad de brindar la respectiva orientación a todo usuario afectado, así como entregar, respaldar y tramitar el citado Documento.

**Artículo Tercero.-** Disponer a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución conjuntamente con el referido Formato, en la Pág. Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese;

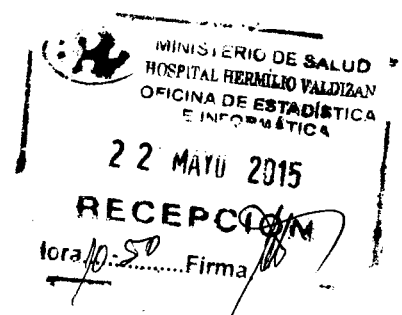
AAA/NSC/pr

DISTRIBUCION  
SDG  
OEG  
OGC  
OCI  
INFORMÁTICA  
INTERESADOS

FILE: Resoluciones VI-2015

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Dra. Amelia Arias Albino  
Directora General (e)  
C.M.P. 12667 RNE 4326





PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Hermito Valdivia

Código de Reclamo

Grid for Código de Reclamo

Código IPRESS

Grid for Código IPRESS

N° Correlativo

Grid for N° Correlativo

### FICHA DE RECLAMO EN SALUD MENTAL

Área/Centro donde ocurre el reclamo: \_\_\_\_\_

#### Datos Personales del Usuario Afectado

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Grid for Apellido Paterno

Grid for Apellido Materno

Grid for Nombres

Fecha de Nacimiento

Sexo

Nombre y apellido del Representante  
(Cuando el reclamo es realizado por familiares o terceros)

Grid for Fecha de Nacimiento

Femenino

Masculino

Grid for Nombre y apellido del Representante

#### Documento de Identidad

Documento Nacional de Identidad (DNI)

Camet de Extranjería

Pasaporte

Documento de Identidad Extranjero

Código de Recién Nacido

N°

Grid for Código de Recién Nacido

#### Dirección

Grid for Dirección

Departamento

Provincia

Distrito

Calle/Av/Jirón

Urb./Coop/AAHH

N°/Manz

Lote/Interior

#### Datos a ser llenados por el personal de la IPRESS (Institución Prestadora de Servicios de Salud)

##### Tipo de Aseguramiento del Usuario

Seguro Social

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo

Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito

No Asegurado

Tipo de Régimen (Solo si es Seguro de Salud)

Contributivo

Semicontributivo

Subsidiado

Vínculo (Solo si es seguro de Salud)

Titular

Derechohabiente

Seguro Independiente Potestativo

RUC del empleador

Grid for RUC del empleador

Causa del Reclamo

Grid for Causa del Reclamo

Código de Causa Específica

Grid for Código de Causa Específica

Código de IAFA que financió atención

Grid for Código de IAFA que financió atención

Código de IPRESS que brinda atención

Grid for Código de IPRESS que brinda atención (1 4 0 6 2 3 7)

#### Reclamo

Fecha de Ocurrencia del Evento Relacionado al Reclamo

Grid for Fecha de Ocurrencia del Evento

Fecha de Reclamo

Grid for Fecha de Reclamo

#### Detalles del Reclamo

Large empty box for Detalles del Reclamo

#### Documentos que se adjuntan

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_

- 4.- \_\_\_\_\_
- 5.- \_\_\_\_\_
- 6.- \_\_\_\_\_

Firma del Reclamante

Huella digital del Reclamante

Firma del Receptor

