

**Formulario Provisional de Atención
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS**

N° provisorio de atención		
Fecha de Recepción		
Origen de la Atención	Tipo de Atención	Es Cliente de una ESS
Presencial	<input type="checkbox"/> Reclamo contra ESS	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Telefónica	<input type="checkbox"/> Consulta	
	<input type="checkbox"/> Solicitud de Información LT	Donde se produce el problema
	<input type="checkbox"/> Denuncia Riles	En la Vivienda del cliente <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Reclamo contra SISS	Otro <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Felicitación a SISS	
Información del ciudadano		
Nombres y apellidos		
Género	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Dirección		
Otra referencia		
Región	Comuna	Comuna
Fono Fijo	Celular	Celular
Información del servicio reclamado		
Dirección		
Región	Comuna	Comuna
Fono Fijo	Celular	Celular
Empresa Sanitaria	N° Servicio/Cliente	
Motivo Atención		
Información adjunta		
Carta <input type="checkbox"/>	Boleta <input type="checkbox"/>	Respuesta ESS <input type="checkbox"/>
Otros (cual) <input type="checkbox"/>		
Información denuncia RILES		
Industria	Fecha	
Lugar de descarga	Comuna	
Ubicación aproximada		
Medio de respuesta (obligatorio en caso de Solicitud de Información LT)		
email <input type="checkbox"/>		
Carta <input type="checkbox"/>		
Atendido por (Nombre Ejecutivo):		
Fono/email Ejecutivo:		
Cierre Inmediato (si corresponde y se entregó la respuesta)		

Firma Ejecutivo

Firma Cliente

Se le proporcionará respuesta entre 10 y 30 días hábiles dependiendo de la complejidad del caso.