



REPÚBLICA DE PANAMÁ
AUTORIDAD DE AERONÁUTICA CIVIL
DIRECCIÓN DE SEGURIDAD AÉREA
UNIDAD DE MEDICINA AERONÁUTICA Y FACTORES HUMANOS
FORMULARIO DE QUEJAS

Fecha:

Nombre:

Teléfono de contacto:

Descripción de la Queja: (Describa detalladamente el incidente que considera una violación a la confidencialidad médica. Incluya fechas, nombres de personas involucradas, y cualquier otro detalle relevante.)

Ubicación del Incidente:

Acciones Tomadas (si alguna): (Describa cualquier acción que se haya tomado hasta ahora para abordar la situación, si es relevante.)

Firma del Usuario: