



QUEJA DEL SISTEMA DE AGUA

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE QUEJA: (Marque todas las opciones que correspondan y proporcione una fecha estimada de cuándo comenzó el problema).

SABOR

SÍ

NO

Fecha _____

OLOR

SÍ

NO

Fecha _____

COLOR

SÍ

NO

Fecha _____

TURBIA

SÍ

NO

Fecha _____

PARTÍCULAS

SÍ

NO

Fecha _____

OLOR A CLORO

SÍ

NO

Fecha _____

OTRO

SÍ

NO

Fecha _____

OTRO

(Explique el problema que tiene de manera descriptiva y a detalle).

Por ejemplo: "El agua tiene un sabor metálico" en lugar de "El agua sabe mal."

LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE NOS AYUDARÁ A DIAGNOSTICAR EL PROBLEMA EN SU ÁREA. LE AGRADECEMOS POR SU PACIENCIA.

SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA

AC INITIALS _____ Notification Rec'd Phone _____ Email/Ltr _____ Office _____

TECHNICIAN _____ ASSIGNED: TIME _____ DATE _____

EMAILED WSC TO OPUD GROUP DATE: _____

COMPLETED: DATE _____ RESULTS _____

