



Formulario de Quejas del Paciente

Use este formulario para informarnos sobre una queja o inquietud ("reclamo") que tenga sobre su experiencia.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ El día de hoy: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono durante el día: _____ ¿Está bien si le dejamos un mensaje en éste número? Sí No

Díganos cuál es su queja/preocupación:

Ubicación del incidente:

- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Airway | <input type="checkbox"/> Bridge | <input type="checkbox"/> Brookwood | <input type="checkbox"/> Centro de llamadas | <input type="checkbox"/> Dental |
| <input type="checkbox"/> Dutton | <input type="checkbox"/> Elsie Allen | <input type="checkbox"/> Fiesta | <input type="checkbox"/> HIM/Referencias | <input type="checkbox"/> Lombardi |
| <input type="checkbox"/> Pediatrics | <input type="checkbox"/> Vista | <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |

Por favor especifique lo más que pueda. Incluya fechas, horas, los nombres del personal y el lugar (clínica) donde le atendieron. Use el otro lado de esta forma si es necesario.

¿Qué solución le gustaría?

¿Llamada de vuelta solicitada? Sí No

Esta sección se utilizará únicamente para uso interno:

Reviewed by (print name and title): _____	Date: _____
Referred to: _____	Date: _____
Resolution: _____	

Variance Completed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not needed	Patient Contacted? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Returned to Site Director: _____	Date: _____