Santa Rosa COMMUNITY HEALTH

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:

☐ Bridge ☐ Centro de llamadas ☐ Caritas ☐ Dental ☐ Dutton
☐ Elsie Allen ☐ HIM/Referencias ☐ Lombardi ☐ Pediatrics ☐ Vista
☐ 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? ☐ Yes ☐ Not needed Patient Contacted? ☐ Yes ☐ No

Returned to Site Director: _____ Date: _____