NEHALEM BAY
CENTRO DE SALUD Y FARMACIA
CUIDADO COMPASIVO PARA LA COMUNIDAD

Coloque su formulario completo en la casilla segura de Comentarios del Paciente cerca de la recepción o envíe un correo electrónico directamente a Nehalem Bay Centro de Salud y Farmacia al feedback@nehalembayhealth.org.

230 Rowe Street | PO Box 176 | Wheeler, OR 97147 | 1-800-368-5182 | Fax: 1-844-712-3001 | nehalembayhealth.org

Formulario de queja del paciente/cliente

Nombre del paciente/cliente: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Persona que informa: _____

Si no es el paciente/cliente:

Relación con el paciente/cliente: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Dé información detallada relacionada con su reclamo. Nos ayudará conocer los nombres, las fechas, las horas y las personas involucradas en su reclamo y todo lo demás que crea que pueda ser importante que sepamos:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

¿Desea que se comparta este reclamo con los miembros del personal involucrados en esta queja?

☐ **SÍ** – Está bien si comparte mi identidad con los miembros del personal mencionados en este formulario.

☐ **NO** – Prefiero permanecer anónimo y no quiero que compartan mi identidad con los miembros del personal.

Firma: _____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL:

Fecha de recepción:_____ Hora de recepción: _____ Recibido por: _____

Informe recibido: ☐ En persona ☐ Teléfono ☐ Correo (por favor adjunte) ☐ Correo electrónico (por favor adjunte)

Resumen de la investigación:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Respuesta:

Persona que responde: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Método de respuesta: ☐ En persona ☐ Teléfono ☐ Correo (ver adjunto) ☐ Correo electrónico (ver adjunto)

Detalles de la respuesta: (Adjunte si fue escrita)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma de la persona que responde: _____