KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

SERVICIOS MÉDICOS

Formulario de queja formal del paciente

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de contacto: _____

Marque una opción:
Usted es: ☐ Paciente ☐ Familiar ☐ Amigo

¿Qué medio es el mejor para comunicarse con usted? _____

¿Qué horario es el mejor para comunicarse con usted? _____

Información de la queja o preocupación: (Sea lo más específico posible e incluya nombres, fechas, horas y acciones o preocupaciones específicas. Use el otro lado de este formulario si necesita más espacio. Adjunte cualquier documento relevante).

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

Los documentos adjuntos incluyen:

_____
_____
_____

Agradecemos que nos informe sobre este problema. Usaremos sus comentarios para asegurarnos de cumplir nuestra misión: Mejorar la calidad de vida de las personas que atendemos. Los pacientes/clientes de KANA tienen derecho a presentar una queja o queja formal sin preocuparse por represalias o humillaciones.

Fecha: _____

Firma del paciente o representante personal/designado legalmente: _____

Autoridad: _____
(Si firma un representante personal/designado legalmente)