KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

MGA SERBISYONG PANGKALUSUGAN

Form ng Karaingan ng Pasyente

Buong Pangalan: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

Address: _____ Numero sa Pakikipag-ugnayan: _____

Mangyaring mag-tsek ng isa:
Ikaw ba ang: ☐ Pasyente ☐ Kamag-anak ☐ Kaibigan

Ano ang pinakamainam na paraan para makipag-ugnayan sa iyo? _____

Ano ang pinakamaiinam na oras para makipag-ugnayan sa iyo? _____

Mga Detalye ng Reklamo o Alalahanin: (Mangyaring maging partikular hangga't maaari at magsama ng mga pangalan, petsa, oras, at partikular na pagkilos o alalahanin. Gamitin ang kabilang panig ng form na ito kung kailangan mo pa ng espasyo. Maglakip ng anumang nauugnay na dokumento.)

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

Kasama sa mga nakalakip na dokumento ang:

_____
_____
_____

Pinasasalamatan ka namin sa pagsasabi sa amin ng isyung ito. Gagamitin namin ang feedback mo para tiyaking natutugunan namin ang aming misyong Pagandahin ang Kalidad ng Buhay ng Mga Taong Pinaglilingkuran Namin. May karapatan ang mga pasyente/kliyente ng KANA na maghain ng reklamo o karaingan nang hindi nag-aalala tungkol sa paghihiganti o panghihiya.

Petsa: _____

Lagda ng Pasyente o Legal na Itinalaga/Personal na Kinatawan: _____

Awtoridad: _____
(Kung nilagdaan ng Legal na Itinalaga/Personal na Kinatawan)