Community Health Center of Southeast Kansas

FORMULARIO DE QUEJAS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Número de Teléfono:_____

Nombre de la persona quien llena el Formulario De Quejas (si es diferente al paciente):_____

Tipo de Visita: _____ Médica _____ Dental _____ Salud de Comportamiento _____ Farmacia

Fecha de la Visita: _____

Descripción de la Queja: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

La queja continúa en el reverso de la hoja o en la página adjunta: _____ *Si* _____ *No*

Firma de la persona que llena el formulario: _____ Fecha del Informe:_____

Firma del Supervisor de CHC/SEK:_____ Fecha de Recepción:_____

Firma del Gestor de Riesgos: _____ Fecha de Recepción:_____