



**Formulario de quejas del paciente**

La finalización de este formulario no es obligatoria.

Las quejas también pueden presentarse poniéndose en contacto con la red por correo electrónico o por teléfono.

Toda la información se mantendrá confidencial.

Devuelva este formulario a la dirección a continuación.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA** \_\_\_\_\_

**CLÍNICA ASOCIADA CON LA QUEJA:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AGRAVACIÓN INVOLUCRA (MARQUE A TODAS LAS PARTICIPACIONES ESPECÍFICAMENTE INVOLUCRADAS)**

**Personal Clínico**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Título:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Título:** \_\_\_\_\_

**Médico(s)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Otra (especificar)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





**Formulario de quejas del paciente**

**Por favor marque UNO que se aplique a usted.**

Me he acercado a la clínica con esta queja y no estoy satisfecho porque (especificar razón): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**No me acerqué a la clínica con esta queja porque (especificar razón):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor marque UNO:**

- Elijo representarme a mí mismo durante este proceso de queja.
- Elegí un representante para ayudarme durante este proceso de reclamo. (Se le proporcionará un Formulario de Autorización de Representante.)

**Por favor marque UNO:**

- Permiso que la red divulgue mi identidad a las personas adecuadas en el proceso de esta queja
- Deseo permanecer anónimo. Entiendo que permanecer en el anonimato puede resultar en la incapacidad de procesar por completo mi reclamo, y si este es el caso, la Red me notificará.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la queja y relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha