



Quality  
Insights

Renal Network 5

### **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)** \_\_\_\_\_

Quality Insights Renal Network 5

PO Box 29274

Henrico, VA 23242

Phone: 804.320.0004 Fax: 804.320.5918

Email: [network5@qualityinsights.org](mailto:network5@qualityinsights.org)

**(DO NOT EMAIL PATIENT-SPECIFIC OR PATIENT-IDENTIFYING INFORMATION)**





**Formulario de quejas del paciente**

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:**

- Permito 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

Quality Insights Renal Network 5  
PO Box 29274  
Henrico, VA 23242

Phone: 804.320.0004 Fax: 804.320.5918

Email: [network5@qualityinsights.org](mailto:network5@qualityinsights.org)

**(DO NOT EMAIL PATIENT-SPECIFIC OR PATIENT-IDENTIFYING INFORMATION)**