

**FORMULARIO DE
COMENTARIO/INQUIETUDES DEL
PACIENTE**



Para ser completado por el Administrador de la Clínica

__ Teléfono	__ Oficina de Raymond
__ Seguimiento	__ Oficina de Newmarket
__ Servicio	__ Oficina de Nashua
__ Clínico	__ Acceso
__ Tiempo de espera	__ Facturación
Otro _____	

PERSONA EXPRESANDO EL COMENTARIO/INQUIETUDES:

Nombre _____ DOB _____

Número de teléfono _____ Fecha _____

Por favor de autorizarnos a investigar su queja usando información de su registro médico

LA NATURALEZA DE SU INQUIETUD:

Completado por: _____

Fecha: _____

RUTA AL DIRECTOR DE PRÁCTICA OR AL DIRECTOR DE ENFERMERÍA

COMENTARIOS-INFORMACIÓN ADICIONAL: (por personal implicado apropiado involucrado)

Completado por: _____ Fecha: _____

SEGUIMIENTO: incluyendo la acción tomada internamente para abordar el problema, si alguno: (por el Gerente de Práctica, el Director Médico y/o el Gerente de Enfermería)

Firma:

Fecha:

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE/PERSONA PRESENTANDO LA INQUIETUD:

Resolución con el paciente (si no, por favor de comentar el por qué.)

Firma: _____ Fecha: _____