



FORMA PARA QUEJAS FORMALES DEL PACIENTE

ATENCIÓN: DIRECTOR DE LA CLINICA

Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del incidente: _____ Hora del incidente: _____

Por favor escribe el departamento o el nombre de proveedor involucrado: _____

Describa los detalles del incidente (use el reverso de la página si es necesario):

Describa en detalle la resolución que usted desea (use el reverso de la página si es necesario):

Persona completando esta forma: _____ / _____

Nombre

Firma

Por favor entregue esta forma a la recepcionista o mándela por correo a la siguiente dirección:

Lyon-Martin Health Services
1735 Mission Street
San Francisco, CA 94103
Attn: Clinic Director

Detalles del incidente (continuación):

Resolución deseada (continuación):

Por favor entregue esta forma a la recepcionista o mándela por correo a la siguiente dirección:

Lyon-Martin Health Services
1735 Mission Street
San Francisco, CA 94103
Attn: Clinic Director