



Forma de Realimentacion

Nuestra meta es proveer excelente calidad de cuidado y primera clase de servicio. Esta forma puede ser usada para decirnos sobre sus preocupaciones o sugerencias para mejorar los servicios que ofrecemos. Su confidencialidad sera respetada y el seguimiento de su respuesta sera proveida para usted.

Fecha de Reporte: _____ Fecha de Ocurrimiento: _____

Reportado Antes: No Si

Reporte de
Preocupaciones/Sugerencias: _____

Sugerencias en
Accion: _____

Completado Por (Opcional): _____ Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____

Para uso de agencia solamente

Resumen de
Investigacion: _____

Completado Por: _____ Fecha: _____

Plan de
Resolucion: _____

Completado Por: _____ Fecha: _____

Comentarios de Seguimiento/Revisado con la Parte Interesada:

Completado Por: _____ Fecha: _____

Cuando Termine Entregar a la Cordinadora de La Clinica