Forma de Comentarios del Paciente/Cliente

Fecha:		**Program:**
Nombre:		☐ WSC Medical ☐ THCC Medical ☐ Dental ☐ Mental Health ☐ HOAP/Hotline ☐ HOST ☐ _____
Dirección:		
Teléfono:		
¿Desea ser contactado por una persona de administración?	☐ Si ☐ No	
Tipo de comentario:	☐ Cumplido ☐ Sugestión ☐ Queja	

DETALLES DE SU COMENTARIO

Por favor escriba [1] su comentario; [2] fecha y hora del evento; [3] y miembro(s) del personal involucrado(s). Por favor sea lo más específico(a) como sea posible. Use el otro lado de esta forma si necesita más espacio.

Firma

Relación con el Paciente/Cliente, si se aplica

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Date Received:		**Reviewed by:**	
Action Taken			
Date patient was notified of resolution:			

RV 110718