

Formulario de reclamación
Grievance Form

Nombre: <i>Name</i>	Nombre del paciente, si corresponde: <i>Name of Patient, if applicable</i>
Número de contacto: <i>Contact #</i>	Mejor hora para contactarlo: <i>Best time to contact you</i>
Fecha: <i>Today's Date</i>	Fecha del incidente: <i>Date of Incident</i>
Domicilio: <i>Address</i>	

Resumen de la reclamación o queja:
Summary of Complaint or concern

Descripción de los intentos de resolver la queja:
Description of Attempts to Resolve the Complaint

Resultado preferido:
Desired Outcome