ARROWHEAD
REGIONAL MEDICAL CENTER

The Heart of a Healthy Community

Formulario de Quejas de Pacientes

Date: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Expediente Médico #: _____

Teléfono #: _____ Dept. de Interés _____

Médico: _____ Personal: _____

Recibido por: _____ Ext: _____

Descripción de la Queja:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

¿Qué tipo de acción está buscando?

Arrowhead Regional Medical Center se compromete a proporcionar la mejor calidad atención y servicio al cliente a nuestros pacientes y sus familias. Por favor estar seguro de que todas las quejas se revisan e investigadas por administradores/gerentes apropiados. Usted recibirá una carta de reconocimiento una vez que ha presentado su queja al Gerente de Departamento para su revisión. En la realización de la investigación, recibirá una resolución carta esbozar conclusiones y resultados. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, póngase en contacto con oficina del representante de pacientes al (909) 580-3535. Gracias.