



Formulario de Comentarios del Paciente

Nombre del Paciente (imprimir): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección : _____

Teléfono : _____ Teléfono móvil: _____

Presentado : _____ Número de registro médico (si lo conoce): _____

Esto es con respecto a mi factura: SI NO

Esto es con respecto a mi cuidado como paciente: SI NO

1. ¿Discutió esto con un miembro de su equipo médico? SI NO

2. Por favor, escriba una breve declaración:

¿Quién estaba involucrado? _____

¿Cuándo ocurrió el problema? _____

¿Dónde ocurrió el problema? _____

¿Que pasó?

(Use el reverso del formulario si es necesario y / o añadir documentos relacionados)

Yo, autorizo al Norwalk Community Health Center a que revise la preocupación anterior y abogue en mi nombre. Yo entiendo que mi expediente médico será revisado y / o mi caso será discutido con mis proveedores de servicios de salud de NCHC.

Firma del Paciente o Guardián

Fecha