Manet Community Health Center, Inc.

FORMULÁRIO DE FEEDBACK DO PACIENTE

Queremos a sua opinião, seja para fazer uma reclamação ou um elogio. Conte-nos como foi sua experiência. Seu feedback nos ajuda a melhorar nossos serviços

Unidade sobre a qual você está informando:

Attleboro ■; Houghs Neck ❑; Hull ❑; North Quincy ❑; Snug Harbor ❑; Taunton ❑ ou

549 Washington Street, Quincy (Unidade de apoio comunitário) ❑

Data de hoje:_____ Data da ocorrência:_____

Pessoa que está preenchendo este formulário _____

Você está preenchendo este formulário para você mesmo? ◯ Para outra pessoa? ◯

Se for para outra pessoa, quem?_____

Qual é a relação dessa pessoa com você?_____

Número de telefone pelo qual podemos entrar em contato com você:

Horário comercial:_____ Noite:_____

Se você sabe quem são os funcionários envolvidos no seu feedback, liste os nomes deles ou suas funções no posto de saúde (se não souber os nomes).

_____

Escreva abaixo o que aconteceu. Se precisar de mais espaço, continue na próxima folha.

Envie o formulário preenchido para: **Cynthia H. Sierra, diretora executiva, Manet Community Health Center, Inc., 110 West Squantum Street, North Quincy, Massachusetts 02171.**