Manet Community Health Center, Inc.

FORMULARIO PARA COMENTARIOS DEL PACIENTE

Queremos saber su opinión, ya sea para hacer una reclamación o para felicitarnos. Díganos cómo ha sido su experiencia. Sus comentarios nos reclamo a mejorar nuestro servicio

Lugar sobre el que hace el informe:

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

549 Washington Street, Quincy (Oficina de programas comunitarios) ❑

Fecha actual:_____ Fecha del incidente:_____

Persona que está rellenando este informe:_____

¿Está rellenando este informe para usted?_____ ¿Para otra persona?_____

Si es para otra persona, ¿quién es?_____

¿Qué relación tiene con usted?_____

Número de teléfono de contacto: Por la mañana:_____ Por la tarde:_____

Si sabe quién es el miembro del personal implicado en su reclamo, indique su nombre o su puesto en el centro de salud (si no sabe el nombre).

_____

Escriba a abajo lo que ha pasado. Si necesita más espacio, continúe en la hoja siguiente.

Envíe el formulario cumplimentado por correo electrónico a: **Cynthia H. Sierra, Directora General, Manet Community Health Center, Inc., 110 West Squantum Street, North Quincy, Massachusetts 02171.**