

Manet Community Health Center, Inc.

BIỂU MẪU PHẢN HỒI CỦA BỆNH NHÂN

Chúng tôi muốn nghe ý kiến của quý vị, cho dù đó là lời phàn nàn hay lời khen ngợi. Vui lòng cho chúng tôi biết trải nghiệm của quý vị. Phản hồi của quý vị giúp chúng tôi cải thiện các dịch vụ của mình

Cơ sở mà quý vị đang báo cáo:

Attleboro ; Houghs Neck ; Hull ; North Quincy ; Snug Harbor ; Taunton hoặc
549 Washington Street, Quincy (Community Outreach Office)

Ngày hôm nay: _____ Ngày xảy ra vụ việc: _____

Người hoàn thành báo cáo này: _____

Quý vị thực hiện báo cáo này cho chính mình? Cho người khác?

Nếu cho người khác thì đó là ai? _____

Mối quan hệ giữa họ với quý vị là gì? _____

Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị qua Số điện thoại: Ban ngày: _____ Buổi tối: _____

Nếu quý vị biết (những) Nhân viên có liên quan đến báo cáo của mình, vui lòng liệt kê tên của họ hoặc công việc của họ tại trung tâm y tế, (nếu quý vị không biết tên của họ).

Vui lòng trình bày sự việc đã xảy ra vào phần dưới đây. Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, hãy tiếp tục viết vào trang tiếp theo.

Gửi biểu mẫu đã hoàn thành qua đường bưu điện đến: **Cynthia H. Sierra, Chief Executive Officer, Manet Community Health Center, Inc., 110 West Squantum Street, North Quincy, Massachusetts 02171.**