DEPARTATMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE MONTEREYSALUD CONDUCTAL PLAN DE SALUD MENTAL

Quejas Formales

Fecha: _____

Nombre:_____Fecha de Nacimiento:_____

Dirección:_____Ciudad: _____

Zona Postal:_____Teléfono: _____

Nombre de su Represéntate Autorizado: _____

Numero de teléfono del Represéntate Autorizado: _____

POR FAVOR DE EXPLICAR SUS QUEJAS FORMALES:

(Por favor de incluir la fecha de la situación, los nombres de los involucrados, y personajes con quien a discutido esta situación)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Por favor de usar el otro lado de esta forma si es necesario)

_____For QI Staff Use Only/Para uso del equipo de calidad_____

Client MRN #: _____

QI Staff Name: _____ **Check this box if form filled in by staff** ☐

Date Received by QI: _____