

FORMULARIO DE QUEJA DEL PACIENTE



Community Health Services, Inc.
500 Albany Avenue
Hartford, CT 06120-2599
Phone (860) 249-9625

Usted o su representante autorizado pueden someter una queja con respecto a la atención de Community Health Services Inc. Cada queja será investigada y resuelta de manera adecuada. Para someter una queja, complete este formulario y devuélvalo al miembro del personal apropiado.

Queja Sometida: En persona Correo Electrónico

Llene la siguiente información:

Nombre completo del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal: _____

Numero de Teléfono: _____ Fecha del Incidente: _____

Describe en breve su queja: (Indique el (los) nombre(s) del proveedor / o personal involucrados en el incidente. Continúe atrás si es necesario):

EHS #: _____

Firma del Paciente/ o Representante

Miembro del Personal de CHS

