



Forma de Sugerencia del Paciente

¡Bienvenidas sus sugerencias!

Gracias por tomarse su tiempo para llenar esta forma. Los comentarios de los pacientes acerca de nuestros servicios son muy importantes. Nos ayudan a mejorar como encontrar las necesidades de nuestros pacientes. Si necesita ayuda en llenar la forma, por favor pregunte por algún miembro de nuestro personal.

Hoy estoy presentando un: **Comentario** **Cumplido** **Queja**

Me preocupa: Hillside Health Center Lakeview Health Center Little Lake Health Center

Día del evento: _____ **Fecha del Reporte:** _____

Información Opcional

Nombre: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Díganos que es lo que piensa: *Por favor de nos lo mas posible de detalles.* _____

Si necesita mas espacio para escribir, por favor anótelo en otro papel.

Usted puede entregar esta forma al darla a cualquier de nuestros tres centros (las direcciones listadas abajo), o mandarlos por correo a: MCHC Performance Improvement Office, 333 Laws Avenue, Ukiah, CA 95482.

If an MCHC staff member helped you fill out this form, please provide his or her name: _____

For internal use only

Follow-up:

MCHC staff: Please treat this form with the highest confidentiality.

Send it immediately to MCHC's Performance Improvement Office at Hillside Health Center.