



BANYAN
HEALTH SYSTEMS

Formulario de Queja/Reclamación para Personas Atendidas

Presentar una queja/reclamación no afectará su tratamiento

Cuando complete el formulario, colóquelo en la caja de sugerencias

Persona(s) que completa(n) el formulario: _____
(Yo mismo (Persona atendida), Director del programa, Supervisor, Terapeuta, Entorno)

Fecha del Incidente: _____ Tiempo del Incidente: _____ Programa: _____

Queja/Reclamación: (Incluir base de la queja: raza, color o origen nacional. ¿Qué sucedió, quiénes estuvieron involucrados, dónde ocurrió esto? ¿Se intentó resolver la queja por parte del personal?) (Continúe en el reverso o utilice una página adicional si es necesario). **No abrevie ni utilice acrónimos. La escritura debe ser legible.**

¿Le gustaría que un representante de la División de Gestión de Calidad se comunice con usted?

Si _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcione su número de teléfono.

(_____) _____ - _____

Si no tiene un número de teléfono, puede ponerse en contacto con la División de Gestión de Calidad en (305) 398-6197.

Firma de la Persona Atendida: _____ Fecha: _____

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR GESTIÓN DE CALIDAD

Date Complaint Received: _____ Time Complaint Received: _____

Date Complainant Contacted: _____ Time Complainant Contacted: _____

Grievance/Compliant Resolved by Program Director/ Supervisor Yes _____ or No _____

Grievance/Compliant Resolved by _____ Date: _____
_____(Attach Resolution Form, use back of form if necessary)