

OHSU PATIENT RELATIONS (RELACIONES CON EL PACIENTE DE OHSU)

# Formulario de comentarios para pacientes

Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Presentado por: \_\_\_\_\_ N.º de expediente médico (si lo sabe): \_\_\_\_\_

Esta inquietud es sobre mi factura:  Sí  NoEsta inquietud es sobre la atención que recibo como paciente:  Sí  No1. ¿Habló sobre esta inquietud con un miembro de su equipo de atención médica?  Sí  No

2. Escriba una breve declaración:

Quiénes estuvieron involucrados: \_\_\_\_\_

Cuándo ocurrió el problema: \_\_\_\_\_

Dónde ocurrió el problema: \_\_\_\_\_

¿Qué sucedió? \_\_\_\_\_

---



---



---

(Use el reverso del formulario si es necesario o adjunte documentos relacionados.)

Autorizo al defensor de pacientes de OHSU a que revise la inquietud anteriormente descrita e interceda en mi nombre. Entiendo que el defensor revisará mi expediente médico y/o analizará mi caso con mis proveedores de atención médica de OHSU.

---

 Firma del paciente o del tutor legal

---

 Fecha

Devolver a: OHSU Patient Relations Dept. UHS-3, 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd., Portland, OR 97239  
 503-494-7959 Fax: 503-494-3495 Correo electrónico: [advocate@ohsu.edu](mailto:advocate@ohsu.edu) [www.ohsu.edu/advocate](http://www.ohsu.edu/advocate)

**Si aún así no hemos resuelto su inquietud, se le ofrecen los siguientes recursos de ayuda:**

- Oregon Health Authority, Health Care Regulation and Quality Improvement (Autoridad de Salud de Oregón para la Mejora de la Calidad y la Reglamentación Sanitaria): 971-673-0540
- State Quality Improvement Org. (Organización para la Mejora de la Calidad Estatal), Acumentra Health: 503-279-0100
- DNV-GL Healthcare: 866-496-9647

