

Formulario de opiniones y comentarios del (de la) paciente

Nombre (en letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Presentado por: _____ N.º de expediente médico (si se conoce): _____

1. ¿Discutió esta preocupación con algún miembro de su equipo de atención médica? Sí No

2. Escriba brevemente su comentario:

¿Quién participó? _____

¿Cuándo ocurrió el problema? _____

¿Dónde ocurrió el problema? _____

¿Qué sucedió? _____

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

Yo autorizo a Relaciones de Pacientes de OHSU a que revisen mi preocupación y a que realicen una entrevista a mi nombre. Entiendo que revisarán mi expediente médico y que discutirán mi caso con profesionales médicos de OHSU.

Firma del (de la) paciente o representante

Fecha

Devolver a: OHSU Patient Relations Dept. UHS-3, 3181 SW Sam Jackson Park Rd., Portland, OR 97239	
Teléfono: 503-494-7959	Fax: 503-494-3495
Dirección de correo electrónico: patientrelations@ohsu.edu	www.ohsu.edu/health/patient-relations

Si aún no hemos resuelto su inquietud, están disponibles los siguientes recursos que pueden resultarle útiles:

- Oregon Health Authority, Health Care Regulation and Quality Improvement: 971-673-0540
- State Quality Improvement Org., Acumentra Health: 503-279-0100
- DNV-GL Healthcare: 866-496-9647
- The Joint Commission: www.jointcommission.org/report_a_complaint.aspx

