



RED DE SALUD COMUNITARIA DE SAN FRANCISCO
HOSPITAL GENERAL DE SAN FRANCISCO
1001 POTRERO AVENUE
SAN FRANCISCO, CA 94110
PATIENT ADVOCATE OFFICE • ROOM 1Q1 • OUTPATIENT LOBBY
(415) 206-5176 • FAX (415) 206-8878

DECLARACIÓN DEL PACIENTE SOBRE SU QUEJA
(PATIENT CONCERN STATEMENT)

FECHE DE HOY: _____ HORA: _____ ENVÍE ÉSTE DESPUÉS DE COMPLETARLO A LA DIRECCIÓN DE ARRIBA

PARTE I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHER DE NACIMIENTO: _____ MR #: _____
NO REGISTRO MÉDICO

DIRECCIÓN: _____
CALLE CIUDAD ESTADO C'DIGO POSTAL

TELÉFONO: () _____ PLAN DE SALUD: None Medi-Cal Other- _____

NOMBRE Y UBICACIÓN DE SU PROVEEDOR USUAL DE ASISTENCIA MÉDICA: _____

PARTE II. DECLARACIÓN ACERCA DE SU QUEJA

FECHE EN QUE OCURRIÓ: _____ HORA EN QUE OCURRIÓ: _____

LUGAR(ES) O DEPARTAMENTO(S): _____

RESUMEN DE SU QUEJA (¿QUÉ PASÓ?) SI LO SABÉ, INCLUYA NOMBRES O POSICIÓN DEL PERSONAL INVOLCRADO: _____

PARTE III. DETERMINACIÓN SOBRE SU QUEJA

GRACIAS POR HABERNOS COMUNICADO SU QUEJA. INDIQUE LA MEJOR MANERA DE COMUNICARNOS CON UD. SI ES QUE NECESITAMOS MAS INFORMACIÓN: ESCRÍBANME LLÁMENME YO LES LLAMARÉ

FIRME DEL PACIENTE: _____

NOMBRE/DIRECCIÓN/TELEFONO DE CÓNYUGE MIEMBRO FAMILIA VISITANTE ESCRIBIENDO DECLARACIÓN:

NOMBRE DIRECCIÓN CIUDAD CÓDIGO POSTAL TELEFONO

NOMBRE, TÍTULO, TELÉFONO, DE EMPLEADO ENSCRIBIENDO ESTA DECLARACIÓN (Name, Title, Phone # of Staff Person

Writing ConcerN): _____

FOR INTERNAL USE ONLY

PART IV. CONCERN DISPOSITION

REVIEWED BY: _____ TODAY'S DATE: _____ CONCERN CODE(S): _____

DEPARTMENT(S) INVOLVED: _____ STAFF INVOLVED: _____

SUMMARY: _____

PART V. RESOLUTION

DATE RESOLVED: _____ LETTER OF RESOLUTION REVIEWED BY: _____

DATE LETTER OF RESOLUTION MAILED TO PATIENT/ FAMILY: _____

DATE OF RESOLUTION MEETING OR CALL: _____

SUMMARY OF RESOLUTION: _____

