innercare

Patient Grievance Report
Informe De Quejas Del Paciente

Name of Complainant: Date:
Nombre del Quejante: _____ *Fecha:* _____
Address: Telephone #:
Domicilio: _____ *Teléfono:* _____
_____

Grievance: Please describe the nature of your complaint, including the date it occurred.
Queja: Por favor describa la naturaleza de su queja, incluida la fecha en que ocurrió.

Patient/guardian: Date:
Firma del paciente/guardián: _____ *Fecha:* _____

Note: If you need more space, use a blank sheet of paper and attach to this form.
Nota: Si necesita mas espacio, use papel en blanco y apéguelo a esta forma.

For Office Use Only—Para Uso de Oficina

Report taken by: Date:
Informe tomado por: _____ *Fecha:* _____
Action taken:
Acción:_____
_____
_____

Resolved? Yes ____ No _____ if not, why? _____
_____

Resuelto? *Si* ____ *No* _____ *Si no, Porque?:* _____
_____