

FORMULARIO DE COMENTARIOS
DEL CLIENTE

(Escribir claramente)

TIPO DE COMENTARIO O COMENTARIOS: Respetos/Elogio Queja

La siguiente información de identificación es opcional, pero es necesario si desea ser contactado con respecto a este tema.

Nombre: _____
Apellido *Nombre*

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Número Telefónico (casa): _____ (celular): _____

Correo electrónico: _____ Número de Fax: _____

Nombre del Cliente: _____

(si es diferente al del indicado arriba)

Relación con el cliente: Persona indicada Esposo(a) Padre hijo dependiente
 Guardian Legal

Fecha del Evento/Accidente: _____

Si se conoce, Nombre completo(s) del personal de la cual usted está comentando (independientemente de si es un respeto/elogio o una queja):

NATURALEZA DE SU COMENTARIO:

Marque las casillas a continuación que mejor describen la naturaleza de tu comentario. Por favor, proporcionar detalles en la página siguiente.

RESPECTO/ELOGIO: Calidad de la Atención al cliente Excepcional servicio

- Edificio/oficinas limpias y acogedor Asistencia / apoyo personal
- Problema/Resolución oportuna Personal amable y cortés
- Cuidado Personal y compasivo Otro: _____

QUEJA: atención deficiente (por ejemplo, trato negligente, la política, la derivación impropia)

Conducta profesional (por ejemplo, en el incumplimiento de la privacidad o la confianza)

Practicas del Centro / Oficina (por ejemplo, inatento, grosero o comportamiento abusivo, hecho de no abordar las necesidades del cliente)

Oficinas / Edificio (por ejemplo, preocupaciones de limpieza, equipos que no operan apropiadamente)

Dificultades con Citas (por ejemplo, demora en la hora de inicio de cita, dificultad al dar una cita)

Asuntos financieros

Otro _____

COMENTARIOS DE NARRATIVA (por favor sea lo más claro y conciso posible, y utilice páginas adicionales si es necesario):

Con respecto a este comentario, no deseo ser contactado

Con respecto a este comentario, me gustaría ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

Teléfono Celular Deje mensaje con información detallada Deje mensaje con un número para devolver la llamada

OK para enviar por correo a mi domicilio Aceptar para enviar un fax

Enviar un e-mail con información detallada Envíe un correo electrónico con una solicitud para llamar

La presentación de un respeto/elogio o una queja es estrictamente voluntaria, sin embargo, sin la información

solicitada anteriormente, podemos ser incapaces de procesar adecuadamente su comentario. Recopilamos esta información bajo la autoridad de la Regla de Privacidad, realizada en virtud de la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Vamos a utilizar la información que proporcione para determinar cómo vamos a procesar y / o responder a su comentario.

La información presentada en este formulario es tratada de forma confidencial. Nombres u otra información que identifique a los individuos se revelan cuando es necesario para la investigación de temas relacionados con la salud, las posibles violaciones de privacidad de información de salud, para las operaciones de los sistemas internos o para uso de rutina, incluida la divulgación para fines relacionados con la información de salud y el cumplimiento de la privacidad de lo permitido por ley.

Entiendo que un registro escrito de este intercambio se mantendrá en el expediente médico confidencial del cliente (The Guidance Center of Westchester). Es ilegal para cualquier persona a esta entidad para intimidar, amenazar, coaccionar, discriminar o tomar represalias contra usted por presentar una queja o para tomar cualquier otra acción en caso de que optar por hacer valer sus derechos.

Usted no está obligado a usar esta forma. Usted puede optar por escribir una carta y enviarla a la siguiente dirección.

Firma (opcional): _____ Fecha: _____

(Cliente/Padre/Guardian)

DEVOLVER EL FORMULARIO Y COMENTARIOS ADICIONALS AL:

The Guidance Center of Westchester

Attn: Compliance Officer

256 Washington Street

Mount Vernon, NY 10553

En el caso de una queja, se llevará a cabo una investigación y puede ser contactado para proporcionar información adicional. El tema será tratado y una resolución se comunicará, por lo general dentro de los 30 días hábiles.

SOLO PARA EL PERSONAL DE TGCW

Investigacion

Status	Si	No	Modo de Contacto	Fecha	Hora	Mensaje / Hablo con cliente
Cliente Contactado						
Personal						
Director						

Solucion						
Cliente Satisfecho(a)						

Cliente/Familia notificado del derecho de apelar el caso si no está satisfecho con los resultados? ____ Si ____ No

Firma del Oficial: _____ **Fecha:** _____