



Formulario para ofrecer sus comentarios

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Enviado por: _____

Esta inquietud es respecto a mi cuenta: Sí No

Esta inquietud es respecto a la atención recibida como paciente: Sí No

¿Conversó acerca de esta inquietud con algún miembro de nuestro equipo de atención médica? Sí No

NECESITA COMPLETAR

- **Quién** estuvo involucrado: _____
- Fecha **cuándo** ocurrió esta situación: _____
- Lugar **dónde** ocurrió esta situación: _____

Proporcione una declaración breve sobre su queja y cómo le gustaría que fuera resuelta:

Al enviar este formulario a Patient Relations (Relaciones con el Paciente) en St. Luke's Health System:

- Autorizo a que St. Luke's Patient Relations haga en mi nombre, una revisión de la inquietud mencionada con anterioridad.
- Entiendo que Patient and Family Relations (Relaciones con el Paciente y la Familia) revisará mi expediente médico y conversará sobre mi caso con los profesionales médicos que me atendieron.
- Entiendo que una vez se complete la revisión, Patient and Family Relations (Relaciones con el Paciente y la Familia) proporcionará una respuesta por correo al paciente o al representante del paciente apropiado.

Firma: _____

Fecha: _____

Enviar a:

St. Luke's Health System
 ATTN: *Patient and Family Relations*
 190 E. Bannock Street
 Boise, ID 83712

(208) 381-1420 o 1-800-579-0061

patientrelations@slhs.org