

OHSU PATIENT RELATIONS (RELACIONES CON EL PACIENTE DE OHSU)

Formulario de comentarios para pacientes

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

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Presentado por: _____ N.º de expediente médico (si lo sabe): _____

Esta inquietud es sobre mi factura: Sí NoEsta inquietud es sobre la atención que recibo como paciente: Sí No1. ¿Habló sobre esta inquietud con un miembro de su equipo de atención médica? Sí No

2. Escriba una breve declaración:

Quiénes estuvieron involucrados: _____

Cuándo ocurrió el problema: _____

Dónde ocurrió el problema: _____

¿Qué sucedió? _____

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

Autorizo al defensor de pacientes de OHSU a que revise la inquietud anteriormente descrita e interceda en mi nombre. Entiendo que el defensor revisará mi expediente médico y/o analizará mi caso con mis proveedores de atención médica de OHSU.

Firma del paciente o del tutor legal_____
Fecha

Devolver a: OHSU Patient Relations Dept. UHS-3, 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd., Portland, OR 97239
503-494-7959 Fax: 503-494-3495 Correo electrónico: advocate@ohsu.edu www.ohsu.edu/advocate

Si aún así no hemos resuelto su inquietud, se le ofrecen los siguientes recursos de ayuda:

- Oregon Health Authority, Health Care Regulation and Quality Improvement (Autoridad de Salud de Oregón para la Mejora de la Calidad y la Reglamentación Sanitaria): 971-673-0540
- State Quality Improvement Org. (Organización para la Mejora de la Calidad Estatal), Acumentra Health: 503-279-0100
- DNV-GL Healthcare: 866-496-9647

