



St. Thomas East End Medical Center Corporation
4605 Tutu Park Mall, Suite 207
P.O. Box 503177
St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700
Fax: (340)777-7927

“Your Health is our First Priority”

Formulario de Queja del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de la petición: _____

Pt # _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono # _____

Persona que inicia la queja: _____ Teléfono # _____

Fecha: _____ Hora: _____ Relación con el paciente: _____

Personal involucrado en la queja: _____

Por favor describa su queja en detalle, incluyendo fechas / nombres:
(Por favor adjunte cualquier documentación adicional)

Tipo de queja (Marque todas las que correspondan)

Factores de Atención al Paciente

- Calidad de Atención
- Oportunidad de Atención
- Docencia
- Otros

Factores de Personal

- Cortesía
- Comunicación
- Privacidad
- Otros

Factores de Organización

- Tiempo de Espera
- Limpieza
- Cargos de Facturaciones
- Otros

Personal Médico

- Calidad de Atención
- Oportunidad de Atención
- Accesibilidad
- Otros

Si es otro, especifique: _____

¿Qué acción solicita?

(Por favor adjunte cualquier documentación adicional)

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor escribe en molde la relación con el paciente (si la firma un representante personal del paciente):

Gracias por tomarse el tiempo de comunicarnos su queja. Debería recibir una respuesta en un plazo de 30 días.

Envíe por correo postal o correo electrónico el formulario completo y firmado a:

Attention: Public Relations Officer
St. Thomas East End Medical Center Corporation
4605 Tutu Park Mall, Suite 207
P.O. Box 503177
St. Thomas, VI 00805-3177
Email: ewebster@steemcc.org

OFFICIAL USE

Name / department of person initiating this record: _____

Referred to:

Manager/Supervisor Risk Manager Executive Director Other: _____

Follow-Up Action taken: _____

Public Relations Signature: _____ Executive Director Signature: _____