COMPLAINT FORM/ *FORMULARIO DE QUEJAS*

Do you have a non-urgent complaint?/ *¿Tiene una queja o problema no urgente?*

Patient Name/ *Nombre del paciente:*	Patient DOB/ *Fecha de nacimiento del paciente:*	Today's Date/ *Fecha:*
Primary Contact Phone #/ *Número de teléfono de contacto principal*:	Primary Language/ *Lenguaje Primario:*	Date of Problem (if aplicable)/ *Fecha del problema (si es aplicable):*
Name of person filing complaint, if other than patient/ *Nombre de la persona que presenta la solicitud, si es diferente del paciente:*		Relationship to patient/ *Relación con paciente:*

Describe your complaint in detail, including any names and dates related to the problem/ *Describa su queja en detalle, incluidos los nombres y las fechas relacionadas con el problema:*
Have you already addressed this issue with someone? If so, please describe/ *¿Ya has abordado este problema con alguien? Si es así, por favor describa:*

Friends of Family Health Center (FOFHC) values your feedback with the utmost respect. All complaint forms and any requests will be processed, investigated, analyzed and reviewed by an impartial committee at FOFHC. This form does not guarantee a call or follow-up from Management. If you wish to provide a verbal complaint, please call (562) 690-0400 and ask to speak to a department supervisor or manager. If you are a CalOptima member and would like to file a formal grievance through CalOptima, please call them directly at (714) 468 – 1100.

Friends of Family Health Center (FOFHC) valora sus comentarios con el máximo respeto. Todos los formularios de quejas y cualquier solicitud serán procesadas, investigadas, revisadas y analizadas por un comité imparcial en FOFHC. Este formulario no garantiza una llamada o seguimiento por parte de la Gerencia. Si prefiere proporcionar su queja verbal, llame al (562) 690-0400 y pida hablar con el gerente. Si es miembro de CalOptima y desea presentar una queja formal a través de CalOptima, llámelos directamente al (714) 468 – 1100.

COMMENT FORM/ *FORMULARIO DE COMENTARIOS*

Do you have a comment, compliment, and/or suggestion?/ *¿Tiene algún comentario, cumplido y/o sugerencia?*

Patient Name/ *Nombre del Paciente (opcional)*:	Patient DOB (optional)/ *Fecha de Nacimiento del Paciente (opcional):*	Today's Date/ *Fecha:*

Please describe your comment, compliment, and/or suggestion below/ *Describa su comentario, elogio y/o sugerencia a continuación:*

Friends of Family Health Center (FOFHC) values your feedback with the utmost respect. All Comment Forms and any requests will be reviewed by an impartial committee at FOFHC. This form does not guarantee a call or follow-up from Management. If this is an urgent matter or you would like to speak with someone directly, please ask to speak to a Supervisor or Manager.

Friends of Family Health Center (FOFHC) valora sus comentarios con el máximo respeto. Todos los formularios de comentarios y cualquier solicitud serán revisados por un comité imparcial en FOFHC. Este formulario no garantiza una llamada o seguimiento por parte de la Gerencia. Si se trata de un asunto urgente o si desea hablar con alguien directamente, solicite hablar con un supervisor o gerente.