

## Formulario de Queja

Nombre del Miembro:	Número de identificación de miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
Número de Teléfono:	Dirección de Correo Electrónico:	
Nombre de la persona que presenta si es diferente a la de arriba (paciente, padre o tutor):	Número de Teléfono:	
Describe la preocupación en detalle: (Use hojas adicionales si es necesario)		Fecha de Preocupación:
¿Cómo ha tratado de resolver el problema? (Use hojas adicionales si es necesario)		
¿Qué podemos hacer para resolver este problema? (Use hojas adicionales si es necesario)		
¿Necesitará ayuda con el idioma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué idioma?	
¿Tiene alguna discapacidad física que requiere adaptación?		
¿Usted tiene un problema médico que requiere atención en los próximos tres (3) días, o es usted un dolor intenso?		
Firma:		