



Virginia Garcia Memorial
HEALTH CENTER

☺ VGMHC Because We Care Form ☺

Esta forma la puede completar cualquier paciente o visitante para cuestiones relacionadas con la calidad del cuidado, o servicios de la salud, o asuntos de documentación clínica. Esta forma se puede entregar a cualquier empleado de VGMHC o se puede enviar por correo al:
Quality Assurance Manager
P.O. Box 568 Cornelius, OR 97113

Marque el cuadro de lugar:

Beaverton	Centro Escolar: _____
Cornelius	Otro: _____
Hillsboro	
McMinnville	
Newberg	
Van Móvil	

Marque el cuadro de departamento:

Asunto Médico	Asunto Dental	Farmacia	Visión	OB
Otro: _____				

Esta es una:

Cumplido: Felicitar a nuestro personal por un trabajo bien hecho.

Preocupación: expresión de una preocupación sobre la seguridad o calidad del cuidado, de los servicios, o de los procesos de atención de la salud (ejemplo: riesgo de tropiezos)

Queja: expresión de alguna insatisfacción sobre la seguridad o calidad del cuidado, de los servicios, o de los procesos de atención de la salud (ejemplo: un paciente tiene que esperar una hora para realizar su cita)

Queja Formal del Paciente: declaración formal de una queja grave, como una violación de los derechos o del cuidado de la salud, que ponga su salud en peligro (ejemplo: discriminación, abuso)

Fecha de lo Ocurrido: _____ Fecha del Reporte: _____

Escriba una lista de los nombres completos de las personas involucradas:

Nombre(s) del Paciente	Fecha de Nacimiento	Nombre(s) del Empleado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor comparta su experiencia.

Nombre de la persona que complete esta forma: _____ Fecha: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuál es el mejor momento para ser contactado? (por favor marque todas las que correspondan):

En la Mañana (8am a mediodía)

En la tarde (mediodía a 5pm)

En la noche (5pm a 9pm)

Los fines de la semana