



Virginia Garcia Memorial  
**HEALTH CENTER**

# Porque Nos Importa

Este forma la puede completar cualquier paciente o visitante para cueastiones relacionafas con calidad del cuidado o servicios de la salud, o asuntos de documentación clínica. Este forma se puede entrgar a cualquier empleado de VGMHC o se puede enviar por correo al: Quality Assurance Manager, PO Box 6149, Aloha, Oregon 97007

**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