Northfield Hospital + Clinics

Forma de Queja del Paciente

Descripción del Queja:
Nombre de la persona iniciando el reclamo: _____

Relación al paciente: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de servicio: _____

Descripción del tema o problema:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Un resultado aceptable seria:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

2000 North Avenue, Northfield MN 55057 • 507-646-1509