



Instalaciones y prestadores de salud

Formulario de queja

Fecha:

Su información:

Nombre:

(Nombre)

(Nombre)

(Apellido)

Dirección física:

(Dirección)

(Ciudad de)

(Estado)

(Código postal)

Dirección postal:

(Dirección)

(Ciudad de)

(Estado)

(Código postal)

Teléfono: ()

-

casa: celular: trabajo:

o teléfono: ()

-

casa: celular: trabajo:

Fax:() - -

Correo electrónico:

¿ Son presentar este informe en nombre de una empresa o instalación? Sí No

Si sí, de la empresa / nombre del centro:

La identidad de un denunciante que se queja de buena fe para el Departamento de salud sobre la inadecuada calidad de atención por un proveedor de cuidado de salud o en un centro de salud como se define en el WAC [246-15-020](#) permanecerá confidencial bajo las disposiciones de [RCW 43.70.075](#) a menos que la confidencialidad es renunciado. Denuncia significa que un consumidor, empleado o profesional del cuidado de la salud.

Información sobre los proveedores de cuidado de salud o las instalaciones

Por favor, proporcione tanta información como sea posible con respecto a los proveedores o las instalaciones donde usted recibe cuidado.

Tipo de Profesión / Título_:

Nombre completo del proveedor Individual:

Dirección:

(Dirección) (Ciudad de) (Estado) (Código postal)

Teléfono: () -

Tipo de Instalaciones:

Nombre del centro:

Dirección:

(Dirección) (Ciudad de) (Estado) (Código postal)

Teléfono: () -

El número de habitación (si corresponde): Departamento (si aplica):

Fecha (s) de servicio o estancia:

¿Cuál es su situación en el empleo con la instalación? *(Esta información es utilizada para fines administrativos internos solamente)*

Nunca un empleado Ex empleado empleado actual

Información del paciente/cliente/huésped:

Nombre:

(Nombre) (Nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento:

Fecha del incidente:

¿Cuál es su relación con el cliente/huésped/paciente?

¿Han presentado una denuncia con nadie en la instalación? ¿Si es así, con quien, cuando y han recibido una respuesta?

Sí No

Si sí, con quien:

Cuando:

Comentario:

¿Informó de esto a o presentar una queja o acción con cualquier otra agencia u organización? Por ejemplo ley ejecución, servicios protectores de adultos, profesional licencias juntas. ¿Si es así, que las agencias, cuando y cuáles fueron las acciones o resultados?

Sí No

Comentario:

Por favor describa su queja en el espacio de abajo. Incluir el nombre, título y número de teléfono de otros pacientes, testigos o personal involucrado en el incidente. (Adjuntar información adicional denuncia si es necesario)

Devolver este formulario al Departamento de salud del estado de Washington vía Mail, correo electrónico o Fax.

Garantía de calidad de los sistemas de salud
Unidad de admisión de queja
PO Box 47857
Olympia, WA 98504-7857
HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov
Fax: 360-236-2626

No dude en llamar al 360-236-2620 con cualquier pregunta. Información adicional sobre la queja y el proceso disciplinario está disponible en nuestro sitio web de www.doh.wa.gov.