

Entendemos que tiene una preocupación o queja de los servicios que Ud. recibió hoy. Por favor llene este formulario regréselo a la recepcionista o envíelo por correo a la siguiente dirección:

Benton County Health Services
Attention: Compliance Manager
P.O. Box 3020, Corvallis, OR 97339-3020

Fecha del incidente: _____

Persona(s) involucrada(s): _____

Programa(s) involucrado(s):

☐ Atención primaria ☐ Dental ☐ Programas de Salud Mental ☐ Visitas a Domicilio
☐ Programa de WIC ☐ Vacunas ☐ Salud Ambiental ☐ Otro: _____

Nombre de la persona que está entregando la queja: _____

Número de teléfono: _____

Explicación de su queja: _____

(Use papel adicional si es necesario)

¿Qué quiere/espera que suceda con su queja? _____

¿Le gustaría que nos comuniquemos con usted sobre su inquietud o queja?

☐ **Sí**, me gustaría se que se comuniquen conmigo. Dirección: _____

☐ **No** deseo que se comuniquen conmigo.

Para los miembros del Plan de Salud de Oregón: Si desea presentar su queja directamente a la línea de quejas de IHN-CCO o no está satisfecho con nuestra respuesta, puede llamar al 541-768-4616.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

****Para uso exclusivo de la oficina: ****

Outcome: _____

Staff Signature

Date