



**Auburn Community Hospital
Formulario de queja del paciente**

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Motivo de queja (*marque todo que lo corresponda*)

- Servicios de intérprete/Asistencia en idiomas
- Asistencia Financiera
- Cuidado clínico/Calidad de cuidado
- Facturación
- Excesiva espera/Acceso
- Comunicación
- Hospitalidad

Fecha del incidente: _____ Lugar donde ocurrió el incidente: _____

Firma del reclamante: _____ Fecha: _____

Envíe formulario a:
Christine DeProspero, Gerente de asistencia en idiomas
 Departamento de gestión de calidad
 Auburn Community Hospital
 17 Lansing Street
 Auburn, New York 13021

Sus preocupaciones son importantes para nosotros. Estamos obligados a responder o proporcionar información actualizada con respecto a sus preocupaciones dentro de 7 días. Todas las quejas son confidenciales.

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York nos requiere a informarle de su derecho a quejar en su línea directa de quejas: 1-800-804-5447.