

Formulario de Quejas / Reclamos del Paciente

Heart & Vascular Centers of South Florida está comprometido a proporcionar atención de alta calidad y atender las preocupaciones de los pacientes con prontitud y respeto. Use este formulario para reportar cualquier preocupación, queja, o reclamo. Todas las presentaciones son revisadas por nuestra Administradora de la Práctica y Oficial de Privacidad. Presentar una queja no afectará la calidad de su atención.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE / RECLAMANTE

Nombre Completo del Paciente

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)

Número de Teléfono

Correo Electrónico

Fecha del Incidente

Ubicación (Central / Regional / West)

¿Es usted el paciente?

☐ Sí — yo soy el paciente

☐ No — presento en nombre del paciente

Su Nombre (si no es el paciente)

Parentesco con el Paciente

NATURALEZA DE LA QUEJA / RECLAMO

Categoría (marque todas las que apliquen):

☐ Calidad de Atención

☐ Comunicación / Trato

☐ Tiempo de Espera / Programación

☐ Facturación / Seguro

☐ Preocupación de Privacidad / HIPAA

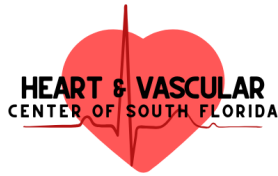
☐ Instalaciones / Limpieza

☐ Comportamiento del Personal

☐ Otro

¿Qué pasó? (adjunte páginas adicionales si es necesario)

Miembro(s) del personal involucrado(s) (si se conoce)



7777 Davie Road Ext, Suite 100B, Hollywood, FL 33024 ■ 1150 NW 35th Ave, Suite 240, Hollywood, FL 33021 ■ 603 N Flamingo Road, Suite 365, Pembroke Pines, FL 33028
Teléfono: 954-362-3426 Fax: 954-362-3432 info@myheartdoctorfl.com

Heart & Vascular Centers of South Florida — Formulario de Quejas / Reclamos del Paciente Página 2

RESOLUCIÓN DESEADA

¿Qué resultado busca? (marque todos los que apliquen)

- | | |
|--|--|
| ☐ Reconocimiento de la preocupación | ☐ Disculpas |
| ☐ Cambio / mejora de proceso | ☐ Reembolso / ajuste de facturación |
| ☐ Llamada de seguimiento de la Administradora | ☐ Otro |

RECONOCIMIENTO

Certifico que la información proporcionada arriba es verdadera y precisa según mi conocimiento. Entiendo que HVC revisará esta queja y responderá dentro de 30 días. Presentar esta queja no renuncia a mi derecho de también presentar una queja con mi compañía de seguros, con el Departamento de Salud de Florida, o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Firma

Fecha (MM/DD/YYYY)

Nombre en Letra de Molde

Parentesco con el Paciente

PARA USO DE OFICINA ÚNICAMENTE

Recibido Por

Fecha Recibido

Revisor

Fecha de Resolución