

División de Servicios Regulatorios de Salud

Unidad de Toma de Quejas / Complaint Intake Unit

Forma de Queja / Complaint Form

Si tiene preguntas acerca de esta forma, llame al DHSR (llamada gratuita) al:
1 800 624 3004

Fecha/Date:

Información de la Instalación/Agencia (Facility/Agency Information)

Nombre de la Instalación o Agencia (Facility/Agency Name):

Dirección (Street Address):

Ciudad/City:

Estado/State:

Código Postal/Zip:

Información del Residente (Resident Information)

Nombre del Residente/Paciente/Cliente:
Name of Resident/Patient/Client:

Nació/fecha
D.O.B

Cuarto número
Room Number

Masculino Male	Femenino Female
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de admisión:
Date of Admission:

Dado de alta:
Date of Discharge:

Locación Actual:
Current Location:

Información de la Queja / Complainant Information

Nombre / Name:

Relación con el residente/paciente /Relationship to Resident/Patient

Teléfono del trabajo / Work Phone:

Teléfono de casa / Home Phone:

Celular / Cell phone:

Dirección / Street Address

Ciudad / City:

Estado / State:

Código Postal / Z:

Correo Electrónico / Email:

Otra Información / Other Information

¿Qué tan frecuente le visita? (How often do you visit?)

¿Asiste a las reuniones de planeación?
Do you attend care plan meetings?

¿Si es admitido en el hospital, el residente regresara a instalación?
If admitted to the hospital, is the resident returning to facility?

¿Si no le podemos contactar directamente, con quien mas nos podemos contactar para encontrarle a usted? (If we cannot reach you directly, is there someone we can contact to help us reach you?)

Primer Nombre / First Name:

Apellido / Last Name:

Teléfono de Casa / Home Phone:

Teléfono del Trabajo / Work Phone:

Celular / Cell Phone:

Dirección / Street Address:

Ciudad / City :

Estado / State:

Código Postal / Zip:

Correo Electrónico / Email:

Descripción de la Queja / Description of Complaint

Proporcione tanta descripción sobre su queja como sea posible. Por favor, responda tantas preguntas a continuación como sea posible. Puede adjuntar otras notas para describir su queja.

(Please provide as much description about your complaint as possible. Please answer as many questions below as possible. You may attach other notes to describe your complaint.)

¿Qué ha pasado? ¿Cómo sucedió? ¿Cuándo sucedió? ¿Dónde sucedió? ¿Quién estaba involucrado? ¿Había testigos? ¿Ha pasado esto antes? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia? ¿El incidente fue reportado al personal? ¿A quién se le dijo de esto? ¿Cuándo se lo dijeron? ¿Qué hicieron al respecto? ¿Se está haciendo algo para evitar que vuelva a suceder? ¿El residente/paciente/cliente ha experimentado algún resultado negativo? ¿Qué? ¿Cómo ha afectado el resultado negativo al funcionamiento del residente/paciente/cliente?

(What happened? How did it happen? When did it happen? Where did it happen? Who was involved? Were there any witnesses? Has this happened before? When? How often? Was the incident reported to the staff? Who was told about this? When were they told? What did they do about it? Is anything being done to prevent it from happening again? Has the resident/patient/client experienced any negative outcome? What? How has the negative outcome affected the resident/patient/client's functioning?)

Por favor regrese la forma a (Please return form to):

Division of Health Service Regulation
Complaint Intake Unit
2711 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699