


Informe de Preocupación del Paciente

FOR INTERNAL USE ONLY
 Scanned Filed Recorded

Nombre:	Fecha del Incidente:
Nombre del Proveedor:	Ubicación del Incidente:
Clase de Incidente: <input type="checkbox"/> Queja de el proveedor <input type="checkbox"/> Error de Tratamiento <input type="checkbox"/> Instalaciones <input type="checkbox"/> Daño <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Por favor escriba una breve declaración con respecto a su preocupación.	
Firma:	Fecha:

For Internal Use Only		
Date Received:	Accepted by:	Patient Number:
Submit completed original form to the Clinical Director		

For Administrative Use Only		
Date reviewed by QI Team:		
Further action required: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Further action routed to: <input type="checkbox"/> Admin/CEO <input type="checkbox"/> Board of Directors <input type="checkbox"/> CMO <input type="checkbox"/> Clinical Director <input type="checkbox"/> Facilities Director <input type="checkbox"/> Human Resources Director	
Action Taken		
		
Action Complete date:	Clinical Director Signature:	

\\AI. ALL STAFF DOCUMENTS CORE FOLDER\Quality Improvement\Policies, Procedures, Protocols

PLACERVILLE
4212 Missouri Flat Rd.
Placerville, CA 95667

CAMERON PARK
3104 Ponte Morino, Ste. 110
Cameron Park, Ca 95682

CAMERON PARK
3100 Ponte Morino, Ste. 120
Cameron Park, Ca 95682