

Departamento de Salud del Condado de Person
Reclamo del Cliente/Formulario de Preocupación

La prioridad principal del Departamento de Salud del Condado de Person es ofrecer un servicio excelente al cliente. Si usted siente que no ha recibido un servicio de calidad, por favor háganoslo saber llenando este Formulario de Reclamo del Cliente/Preocupación. Todas las quejas serán revisados por el Personal Administrativo ó el personal designado apropiado, y donde sea indicado, se tomarán medidas para resolver el problema. Todas las quejas son privadas y ningún cliente será discriminado por la sumisión del formulario de reclamo

Fecha de hoy: _____

Reclamo o Preocupación

Un miembro del personal del Departamento de Salud se pondrá en contacto con usted. Sin embargo, su nombre y número de contacto se mantendrán en privado.

Su Nombre _____

Número de Teléfono _____

Para el Uso del Personal del Departamento de Salud Solamente

Action Taken _____

Complaint Received and Documented By _____