



INFORME DEL PACIENTE/VISITANTE

Comentario

Información

Queja

Otro

Tel: 510-428-3885 ext.5483

Fax: 510-597-7029 correo electrónico: patient.relations@ucsf.edu

Fecha de hoy _____

Su nombre (si no es el paciente) _____

Nombre del paciente _____

Relación con paciente: soy el paciente Familiar Amigo

Otro

Fecha de nacimiento (paciente) _____

Departamento en que sucedió _____

Número de teléfono (paciente) _____

Ubicación de unidad de pacientes internos _____

Dirección (paciente) _____

Lugar: Hospital Clínica en Oakland Clínica en Walnut Creek u otro lugar

Correo electrónico _____

Fecha(s) del suceso: _____

Díganos lo que sucedió o sus sugerencias para mejorar nuestro servicio: _____

Díganos qué resultado le gustaría obtener: _____

(Puede escribir en el reverso si lo desea)

Remitente: _____

UCSF Benioff Children's Hospital Oakland
Patient Relations Department
747 52nd Street
Oakland, CA 94609