Los Angeles General
Medical Center

Formulario de Queja del Paciente o Visitante

**Favor de

FECHA: _____

NOMBRE DE PERSONA QUE INICIO QUEJA: _____ _____
APELLIDO NOMBRE NÚMERO DE TELÉFONO

DOMICILIO: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ _____
APELLIDO NOMBRE RELACIÓN O VÍNCULO

MRUN: _____ **FECHA/HORA EN QUE OCURRIÓ**: _____ /_____

DEPARTAMENTO/LUGAR DONDE OCURRIÓ: _____
(Edificio, Piso, Cuarto, etc.)

DESCRIPCION DE LA QUEJA: (USE HOJAS ADICIONALES SE ES NECESARIO): _____

¿CUÁL SERÍA PARA USTED LA SOLUCIÓN ADECUADA PARA RESOLVER ESTE PROBLEMA? _____

Por favor, regresar este formulario a su respectivo departamento para iniciar el proceso de investigación. Se le llamará en caso de que necesitemos más información. Gracias.

Staff Instructions: Sign, date & provide a copy to complainant. Send a scanned copy to la-general-experience.dhs.lacounty.govv and forward ORIGINAL to: Patient Relations IPT,

Name of **Supervisor/Administrator** providing form:	Location:	Telephone Number:	Date Received:

Revised2/9/24

DO NOT PLACE IN PATIENT'S HEALTH RECORD