

**FORMULÁRIO PARA
COMENTÁRIO/PREOCUPAÇÕES DO
PACIENTE/**



Para ser completado pelo Setor Administrativo

__ telefone	__ Clínic/Raymond
__ segmento	__ Clínic/Newmarket
__ Serviço	__ Clínica/Nashua
__ Clínic	__ Acesso
__ tempo de espera	__ cobrança
Outros _____	

PESSOA FAZENDO COMENTARIOS/PREOCUPAÇÕES:

NOME _____ DATA NASC _____
TELEFONE _____ Data _____

☐ Por favor indique permissão para pesquisar sua queixa usando informações do seu recorde médico.

NATUREZA DA PREOCUPAÇÃO:

Completado por _____

Data: _____

CAMINHO PARA O GERENTE DE PRÁTICA OU GERENTE DE ENFERMAGEM

COMENTÁRIOS - INFORMAÇÕES ADD: (pelo pessoal envolvido apropriado)

Completado por: _____ Data: _____

SEGMENTO; Incluindo ação a ser tomada internamente para direcionar o problema, se houver: (pelo Gerente de Prática, Diretor Médico, e/ou Gerente de Enfermagem)

Assinatura:

Data:

COMUNICAÇÃO COM PACIENTE/PESSOA PREENCHENDO A PREOCUPAÇÃO:

☐

RESOLUÇÃO COM O PACIENTE. (se não, por favor comente por que).

Assinatura:

Data: