

24705 US-101, Rockaway Beach, OR 97136
 Dirección postal: PO Box 176, Wheeler, OR 97147
 Teléfono: 503-355-3500 | Fax: 844-720-1901

Coloque su formulario completado en la caja cerrada para comentarios de pacientes cerca de la recepción o envíelo por correo electrónico directamente al gerente de riesgos de la Nehalem Bay Centro de Salud a risk@nehalembayhealth.org.

El Centro de Salud Nehalem Bay cumple con la ley de Oregon (ORS 109.640, 109.675), que permite a los menores de 15 años o más dar su consentimiento para recibir atención médica y dental, y a los menores de 14 años o más dar su consentimiento para recibir tratamiento ambulatorio de salud mental o por consumo de sustancias sin la presencia de un padre o tutor. Los menores pueden firmar a cualquier edad su propio consentimiento para acceder a los servicios de salud reproductiva. Si bien alentamos la participación de los padres y podemos notificarles cuando sea clínicamente apropiado (ORS 109.650, 109.680), también nos aseguramos de que los expedientes de salud de los estudiantes permanezcan confidenciales y solo se compartan con el personal de la escuela según lo permita la ley o con una autorización específica por escrito.

Fecha de hoy: _____

FORMULARIO DE QUEJAS DEL PACIENTE

DATOS DEL PACIENTE Y DEL RECLAMO

Nombre del paciente: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____

Persona que informa: _____

Si no es el paciente:

Relación con el paciente: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____

Dé información detallada relacionada con su reclamo. Nos ayudará conocer los nombres, las fechas, las horas y las personas involucradas en su reclamo y todo lo demás que crea que pueda ser importante que sepamos:

¿Desea que se comparta este reclamo con los miembros del personal involucrados??

- SÍ** – Está bien si comparten mi identidad con los miembros del personal mencionados en este formulario.
- NO** – Prefiero permanecer anónimo y no quiero que compartan mi identidad con los miembros del personal.

Firma: _____ Fecha: _____

