

FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES



Nombre : Mejor número de contacto :

¿Se está completando este formulario en nombre del paciente? Sí No

Si la respuesta es «Sí», indicar quién completa el formulario y su relación con el cliente.

Nombre : Relación:

Explique su queja o inquietud de la manera más completa posible. Favor de usar más papel si sea necesario

¿Qué medidas le gustaría que se tomarán para responder a sus inquietudes?

Firmar este es un acuerdo para que nuestro personal se comunice con usted. Alguien se comunicará con usted dentro de los próximos cinco (5) días hábiles para responder a sus inquietudes

X _____

Signature Certificate

Document name: FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES

Unique Document ID: FAE8F378DE9CF06D5384054AB4AFAFAB8DB0EF6D

LEGALLY SIGNED USING
WPsignature
Build. Track. Sign Contracts.

Timestamp

Audit

May 18, 2020 12:02 pm PDT

FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES Uploaded by Adam Falk - adam.falk@options.org IP 108.174.191.149

May 18, 2020 12:08 pm PDT

Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 50.240.25.195

October 30, 2020 10:31 am PDT

Options Intake - intake@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 108.174.191.234

October 30, 2020 10:43 am PDT

Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 108.174.191.234



This audit trail report provides a detailed record of the online activity and events recorded for this contract.

Page 2 of 2