

OPINIÓN DEL PACIENTE/VISITANTE

o Felicitación Información Sugerencia Queja Otro

Tel.: 415-353-1936 Fax: 415-353-8556 Correo: patient.relations@ucsf.edu

Fecha de hoy _____ Su nombre (si no es paciente) _____

Nombre del paciente _____ Su relación con el paciente: Ud. Familia Amigo Otro

FDN del paciente _____ Dirección del paciente _____

Tel. del paciente _____

¿Está solicitando una comunicación de seguimiento relacionada con esta presentación? SI No

Si la respuesta es si, ¿cual es la mejor manera para contactarlo? o E-mail: _____ o Tel.: _____ N/A

Sitio involucrado: Parnassus Mission Bay Mount Zion BCH-SF BCH-Oakland Hyde

 Stanyan Otro: _____

Dpto. involucrado: _____ y/o U. de Pacientes Internados _____

Fecha(s) de la experiencia: _____

Cuéntenos su experiencia o sugerencia: _____

Díganos qué resultado está buscando: _____

(Siéntase libre de escribir en el reverso)

Remitente: _____

UCSF Medical Center
Patient Relations Department
1975 4th Street, Campus Box 4018
San Francisco, CA 94158