

Entered In Database



## INFORME DEL PACIENTE/VISITANTE

Comentario

Información

Queja

Otro

Tel: 510-428-3885 ext.5483

Fax: 510-597-7029

correo electrónico: [patient.relations.oakland@ucsf.edu](mailto:patient.relations.oakland@ucsf.edu)

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Su nombre (si no es el paciente) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Relación con paciente:  soy el paciente  Familiar  Amigo

Otro

Fecha de nacimiento (paciente) \_\_\_\_\_

Departamento en que sucedió \_\_\_\_\_

Número de teléfono (paciente) \_\_\_\_\_

Ubicación de unidad de pacientes internos \_\_\_\_\_

Dirección (paciente) \_\_\_\_\_

Lugar:  Hospital  Clínica en Oakland  Clínica en Walnut Creek u otro lugar

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Fecha(s) del suceso: \_\_\_\_\_

Díganos lo que sucedió o sus sugerencias para mejorar nuestro servicio: \_\_\_\_\_

Díganos qué resultado le gustaría obtener: \_\_\_\_\_

(Puede escribir en el reverso si lo desea)

Remitente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

UCSF Benioff Children's Hospital Oakland  
Patient Relations Department  
747 52<sup>nd</sup> Street  
Oakland, CA 94609