

**Programa Centralizado de Admisión Legal para Asistencia
Financiera Hospitalaria en Defensa del Paciente (Patient Advocacy
Centralized Hospital Financial Aid Law Intake Program)**

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha: _____

Proporcione la información de contacto para el Departamento

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Qué relación tiene con el paciente? _____

¿Desea mantener el anonimato? (vea la explicación anterior) No Correo electrónico cifrado

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de la cita: _____ Fecha de próximas citas: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Fecha de alta, si corresponde (MM/DD/AAAA): _____

INFORMACIÓN DEL CENTRO

Nombre del centro: _____

Dirección del centro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA QUEJA

¿Presentó una queja ante el centro? Sí No

¿Qué sucedió? _____

¿Cuándo (fecha y hora) se produjo el problema? _____ (MM/DD/AAAA) _____ (formato de 24 horas)

¿El problema persiste? Sí No

¿Sigue el residente/paciente en el centro? Sí No

¿Cómo ocurrió? _____

¿Alguien más está involucrado, como otros miembros del personal, voluntarios, familiares, otros pacientes o residentes, visitantes? Sí No

En caso afirmativo, identifique a las personas: _____

¿Hay testigos? Sí No

En caso afirmativo, identifique a las personas: _____

¿Tomó alguna medida? Sí No

En caso afirmativo, descríbala: _____

¿Habló con el Representante de Ayuda Financiera (Financial Assistance Rep), el Representante de Experiencia del Paciente (Patient Experience Rep) o con algún miembro del personal del centro? Sí No

En caso afirmativo, identifique a las personas: _____

¿Hay agencias del orden público involucradas? Sí No

¿Intentó el centro resolver la situación? Sí No

En caso afirmativo, proporcione una descripción: _____

¿Sabe si esto le ha pasado antes a la misma persona o a otras personas? Sí No

En caso afirmativo, proporcione una descripción: _____

Utilice el espacio que aparece a continuación para proporcionar cualquier información adicional que considere importante incluir en su queja. Limite la información a 10,000 palabras.