

INFORME PACIENTE/VISITANTE

Comentario

Información

Queja

Otro

Tel: 415-353-1936

Fax: 415-353-8556

Email: patient.relations@ucsfmedctr.org

Fecha de hoy:

Su nombre (si usted no es el paciente):

Nombre del paciente:

¿Qué relación tiene usted con el paciente?

- Soy el paciente Soy un familiar
 Soy un amigo Otro

Fecha de nacimiento del paciente:

¿De que departamento se trata?

Nº de teléfono del paciente:

¿Cuál es la planta hospitalaria?

N/A

Dirección del paciente:

- Lugar: Moffitt/Long Clínica Ambulatoria Mount Zion
 350 Parnassus Otro

Correo electrónico:

Fecha del suceso:

Explíquenos lo qué ha sucedido; o díganos qué sugerencias de mejora tiene:

Díganos que resultado le gustaría obtener:

Remitente: _____

UCSF Medical Center
Patient Relations Department
350 Parnassus Avenue, Box 0208
San Francisco CA 94143-0208