

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 comunique con usted. Alguien se comunicará con usted dentro de los próximos cinco (5) días hábiles para responder a sus inquietudes

Signature Certificate

FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES

Unique Document ID:
4768306bdc77c0c81056c4677e84c84477fb1d3b



Timestamp	Audit
May 18, 2020 12:02 pm PDT	FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES Uploaded by Adam Falk - adam.falk@options.org IP 100.42.162.250
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.