



Formulario de opinión del cliente



Escanear código para formulario

Fecha de hoy: _____

Soy un: Cliente _____ Pariente/amigo de un cliente _____ Miembro del personal _____ Otros: _____

Ubicación del servicio (clínica/departamento): _____

Díganos su sugerencia, cumplido o queja:

¿Cómo recomienda que respondamos?

¿Hubo algún miembro del personal en concreto que le ayudara?

El Departamento de Salud de Florida se toma en serio sus comentarios. Nuestro objetivo es ofrecerle un excelente servicio al cliente. Revisamos todos sus cumplidos y quejas. Si desea que nos pongamos en contacto con usted para comentar su opinión, facilite sus datos de contacto a continuación.

Nombre: _____ Teléfono/correo electrónico: _____

para enviar por correo: Quality Improvement Department, 1290 Golfview Ave, Bartow, FL 33830

For Supervisor/Employee only

Supervisor's Name: _____ Date: _____ Date confirmed with client: _____

Resolution taken:

Resolved Date: _____

Incident Report necessary? (See SOP for guidelines) _____ Yes _____ No

Give completed form to your supervisor. Once resolved Please email completed form to Fatema.Elqreish@FLHealth.gov.

Confidentiality Notice: This telecopy transmission contains confidential information belonging to the sender that is legally privileged. This information is intended only for the use of the individual or entity named above. The authorized recipient of this information is prohibited from disclosing this information to any other party. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any disclosure, copying, distribution or action taken in reliance on the contents of this document is strictly prohibited. If you have received this telecopy in error, please notify the sender immediately to arrange for the return of this document.