

INFORME PACIENTE/VISITANTE

Comentario

Información

Queja

Otro

Tel: 415-353-1936

Fax: 415-353-8556

Email: [patient.relations@ucsfmedctr.org](mailto: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 que 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**