

**BELL COUNTY PUBLIC HEALTH DISTRICT  
FORMULARIO DE RECLAMACION DEL CLIENTE**

**Revisado: 9-28-15**

Nuestro objetivo es ofrecer el mejor servicio posible y siempre estamos buscando maneras de mejorar.

Por favor, háganos saber si usted no está satisfecho o tiene sugerencias para mejorar. Por favor llene esta forma, colóquela en el sobre, cierre el sobre y entréguelo al personal. Su sobre será entregado al supervisor. Si prefiere, usted puede enviar su queja por correo a:

**Director of Nurses  
Bell County Public Health District  
509 S. 9<sup>th</sup> St.  
Temple, Texas 76504**

También se puede poner en contacto con Directora de las Enfermeras por teléfono al (254) 778-4766. También se puede ir en línea a [www.bellcountyhealth.org](http://www.bellcountyhealth.org) para presentar una forma en línea.

Sección Una:

Nombre de la persona presentando la queja: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono donde puede ser contactado durante el día: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Sección dos:

Clínica/localidad de la oficina: \_\_\_\_\_

Nombres de los miembros involucrados (si lo sabe): \_\_\_\_\_

Fecha cuando ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

Descripción de la queja: (¿qué pasó?)

¿Ha hablado con alguien del personal en la clínica sobre esta queja?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si, sí, ¿con quien habló y cuál fue su respuesta?