

axiscommunityhealth FORMULARIO DE COMENTARIOS

Fecha de Hoy:

Toda la información puede ser enviada de forma anónima. No se requiere información que identifique al remitente.

Nombre: _____

Si está enviando comentarios en nombre de otra persona, proporcione el nombre y la fecha de nacimiento de la persona en cuyo nombre está presentando la información:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor, deje sus comentarios a continuación, incluyendo detalles como la fecha de su cita o el/los nombre(s) de cualquier miembro del personal de Axis:

[illegible]

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL TESTIMONIO DEL PACIENTE

Mi firma muestra que he leído este documento antes de firmarlo y que entiendo lo que dice y lo que significa.

- Entiendo que mi testimonio puede usarse para ayudar a dar a conocer Axis Community Health.
- Autorizo a Axis Community Health a usar mi nombre y mi testimonio.
- Doy permiso a Axis Community Health y a sus trabajadores para usar mi nombre y testimonio en diferentes actividades de publicidad.
- Entiendo que esta información puede aparecer en varios lugares como anuncios, dibujos, folletos, páginas web u otros medios.
- Doy permiso a Axis Community Health para usar y publicar esta información en papel o en internet para hablar sobre su trabajo.
- También libero y dejo libre a Axis Community Health, y a todas las personas que trabajan con ellos, de cualquier problema legal que pudiera surgir por dar este permiso. Esto incluye a directores, empleados, voluntarios, contratistas y otras personas que ayudan a la organización.

Para obtener el Aviso de No Discriminación y Asistencia Lingüística, escanee el código QR.



Firma del Paciente/Cliente o Tutor Legal

Fecha de Hoy

Relacion con el paciente (si no es el paciente)

Enviar al: Director de Operaciones
5925 W.Las Positas Blvd, Suite 100
Pleasanton, CA 94588
Fax: (925)417-1503

Para Uso Interno Solamente

MRN: _____

HIPAA related? **NO YES** (Route to compliance Officer)

Action Taken:

Resolution Date:_____

Resolution Reached? **NO YES** (Attach copy of written response if appropriate)

Print Name: _____

Signature: _____