



FORMULARIO DE RETROALIMENTACION DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

Toda la información puede enviarse de forma anónima. No se requiere información de identificación.

Nombre: _____

Si envía comentarios en nombre de alguien, proporcione el nombre y la fecha de nacimiento de la persona por la quien representa

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Deje los comentarios que tenga a continuación con detalles como la fecha de su visita o los nombres de los miembros del personal de Axis.

DIVULGACIÓN DEL TESTIMONIO DEL PACIENTE

Mi firma indica que he leído este formulario antes de firmar abajo y entiendo completamente el contenido, el significado y el impacto de este comunicado.

- Entiendo que mi testimonio puede usarse en relación con la publicidad y promoción de Axis Community Health
- Yo autorizo Axis Community Health para usar mi nombre y testimonio.
- Otorgo a Axis Community Health y a sus representantes y empleados el derecho de utilizar mi nombre, testimonio, en diversas iniciativas de mercadotecnia.
- Entiendo que esta información puede ser utilizada en diversos medios para propósitos como publicidad, ilustración, publicidad y contenido web.
- Autorizo a Axis Community Health a tener derechos de autor, usar y publicar estos materiales en formato impreso y electrónico con fines de publicidad de Axis Community Health.
- Yo aquí libero para siempre a Axis Community Health y sus funcionarios, directores, miembros de la junta directiva, empleados, voluntarios, agentes, contratistas independientes y proveedores de todos los reclamos, demandas y causas de acción que yo, mis herederos, representantes, administradores, ejecutores o cualquier otra persona que actúe en mi nombre de mi patrimonio tenga o pueda tener en virtud de esta autorización.

Firma de la paciente / cliente o representante legal

Relación (si no es paciente o cliente)

Fecha de hoy: _____

Mandar a: Director de Operaciones
5925, W. Last Positas Blvd., Suite 100
Pleasanton, CA 94588
Fax: (925) 417-1503

Sólo para uso interno

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: _____