Foothill Community Health Center

Patient Complaint Form

Circle Your Clinic/*Círcule su Clínica*:

Story Montpelier Independence Mount Pleasant Yerba Buena Gilroy Silver Creek

Andrew Hill Foothill Family Clinic La Pala Momentum Monterey Plaza Glenview

Department/*Departamento*: ☐ Medical/*Medico* ☐ Dental ☐ Behavioral Health/*Consejeria*
☐ Chiropractic/*Quiropractico* ☐ Optometry/*Optometria* ☐ OB/GYN/*Ginecologia y Obstetricia*

Name of Patient/Visitor/*Nombre del Paciente/Visitante*: _____

Date of Appointment/*Fecha*: _____ Time/*Hora*: _____

Address/*Domicilio*: _____

Telephone Number/ *Número de teléfono*: _____ DOB/*Fecha de Nacimiento*: _____

Best time to call/*Mejor hora para llamar*: Mon-Fri/*Lunes-Viernes*: _____ Time/Hora: From/*De* _____ to/*a* _____

Please describe the complaint and include any pertinent information (names, titles, etc.):
Por Favor de dar detalles de su queja. Incluya información como nombres, títulos, etc.:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Patient's Signature/*Firma del paciente:* _____ Date/*Fecha* _____

Staff's Signature & Title: _____ Date: _____

For Quality Assurance Use Only

Patient Account Number: _____
Notes: _____
_____
_____
_____

Initials: QA Employee: _____ QA Director: _____
Date of Resolution: _____

© FCHC 3/16/2017