OKLAHOMA State Department of Health

Formulario de queja de la Oficina de Defensa del Cliente

Numero de referencia:_____

Se utiliza este formulario por un cliente, o una persona en nombre de un cliente, para pedirle a otra persona que revise y, cuando corresponda, corrija un problema o queja que el cliente tenga. Las políticas relacionadas con este formulario se encuentran en el Código Administrativo de Oklahoma 310:678-5-1.

Para obtener ayuda para completar este formulario, comuníquese con su coordinador local de quejas o llame a la Oficina de Defensa del Cliente al (405) 522-2720.

Información general

Nombre de la instalación _____ Fecha _____

Cliente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

Persona que presenta la queja en nombre del cliente, si corresponde _____ Relación _____ Firma del cliente o del representante autorizado que consiente presentar una queja en nombre del cliente _____

Mi queja es (agregue hojas adicionales según sea necesario):

☐ Actual ☐ Desconocido

Fecha del incidente _____

Solución solicitada (agregue hojas adicionales según sea necesario)

Para enviarlo, envíe un formulario por correo electrónico a oca.grievances@health.ok.gov

OCA Use Only

Grievance resolved? ☐Yes ☐No

Local grievance coordinator name _____ Date _____

If resolved, explain: