LOS ANGELES LGBT CENTER

Servicios de salud

FORMULARIO ATENCIÓN AL CLIENTE

Llene este formulario lo más completo posible y envíelo por correo electrónico a clientrelations@lalgbtcenter.org o entrégueselo a cualquier miembro del personal de recepción de la clínica. También puede utilizar el código QR que se encuentra al inicio de la página para completar el formulario y enviarlo por en línea. Su preocupación o comentario será documentado, reportado y enviado al personal directivo correspondiente para su revisión. Una vez recibido y si procede o se solicita recibirá una respuesta de nuestro equipo atención al cliente en un plazo de 5 a 10 días laborables. Además, puede enviar un correo electrónico a clientrelations@lalgbtcenter.org en cualquier momento para enviar más información o si tiene alguna pregunta adicional.

Nombre: _____ Nombre preferido: _____

Último apellido: _____ Fecha da nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____
(los correos electrónicos del Centro se codificarán a través de Mimecast)

Tipo de la preocupación o problema

- ☐ Acceso a citas
- ☐ Facturación
- ☐ Calidad de la atención
- ☐ Problema con alguien del personal
- ☐ Remisión
- ☐ Normas o reglamentos
- ☐ Llamadas de seguimiento
- ☐ Tiempo de espera:
- ☐ Otro tipo: _____ _____

Describa su preocupación:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma del cliente_____ Día de la fecha _____