LOS ANGELES LGBT CENTER

Servicios de Salud

FORMULARIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Llene este formulario con toda la información 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 de arriba para responder y enviar el formulario en línea. Normalmente el equipo de Atención al Cliente evalúa y responde a sus comentarios en un plazo de 5 a 10 días hábiles.

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____

Teléfono: _____ Fecha del comentario o inquietud:_____

Tipo de problema o inquietud

- ☐ Acceso a la cita
- ☐ Facturación
- ☐ Expedientes o información de salud
- ☐ Acceso telefónico/devolución de llamadas
- ☐ Problema con el personal
- ☐ Calidad de la atención
- ☐ Remisión
- ☐ Normas y reglamentos
- ☐ Tiempo de espera
- ☐ Otro: _____

Descripción del problema.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del cliente_____ Fecha de hoy _____

---------- **Únicamente para uso del personal** ----------

Firma de Atención al Cliente: _____ Fecha de recepción: _____