



Washington State Department of

Health

Health Systems Quality Assurance

Complaint Intake

P.O. Box 47857

Olympia WA 98504-7857

Formulario de Denuncia para el Aseguramiento de la Calidad en los Sistemas de Salud (Health Systems Quality Assurance Complaint Form)

Fecha de hoy: _____

(Today's Date)

1. Información sobre la persona que presenta la denuncia

(Your information)

Nombre (Name): _____

Dirección (Address): _____

Ciudad (City): _____ State: _____ Zip: _____

Teléfono (Telephone): Trabajo (Work) (____)____-____ Casa (Home) (____)____-____

2. Información sobre la Institución o el Profesional de la Salud

(Information about the Facility or Health Care Professional)

Tipo de institución o profesión: _____

(Type of facility or profession)

Nombre de la institución o el profesional: _____

(Name of facility or professional)

Dirección (Address): _____

Ciudad (City): _____ State: _____ Zip: _____

3. Información sobre el Residente/Visitante/Paciente (Resident/Guest/Patient Information)

Nombre Completo (en caso de ser distinto del indicado anteriormente) Full Name (if different than above) _____

Fecha de Nacimiento (del paciente, si la denuncia involucra a un paciente) _____

Date of Birth (of patient, if complaint involves a patient)

Fecha de incidente (Date of incident): _____

4. Describa su denuncia en el espacio libre a continuación. Incluya el nombre, cargo y número de teléfono de otros pacientes, testigos o miembros del cuerpo médico o del personal involucrados en el incidente. Envíe por correo electrónico el formulario una vez completado al Centro de Atención al Cliente a HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov, o envíelo por fax al número 360.236.2626, o por correo a:

Please describe your complaint in the space below. Include the name, title and phone number of other patients, witnesses or staff members involved in the incident. Email completed form to the Customer Service Center at HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov, or fax to 360.236.2626, or mail to K

Washington State Department of Health
Health Systems Quality Assurance
Complaint Intake
P.O. Box 47857
Olympia WA 98504-7857

Tenga a bien adjuntar cualquier documentación respaldatoria y agregar hojas adicionales, si es necesario.

(Please attach any supporting documentation and additional sheets if necessary.)

For Department of Health use only			
Reviewed for multiple authority applications:	Date _____	Name _____	
Routed to: Multi-authority coordinator:	_____	date _____	
Office	_____	date _____	
Office	_____	date _____	
Office	_____	date _____	