

**FORMULÁRIO Geral de reclamações do
Monmouth Medical Center**

Nome do doente

| | |
|--|--|
| Nome do doente: _____ Assinatura do doente: _____ | Registo médico no.: |
| Número de telefone do doente: | Data do incidente: |
| Pessoa de contacto ou a pessoa que apresenta a reclamação (se não for o doente): | Área / Localização / Quarto do doente: |
| Número de telefone da pessoa de contacto: | Data: |
| | Data de conclusão: |

Descrição da reclamação / Queixa:

Para reclamações em conformidade com o Título VI da Lei dos direitos civis (Title VI of Civil Rights Act):

Quais das seguintes opções descrevem melhor a razão pela qual a alegada discriminação ocorreu? (Queira marcar todas as opções aplicáveis)

_____ Raça

_____ Color

_____ Origem nacional (Proficiência limitada em inglês)

_____ Outro

Se marcou Outro, queira explicar:

Descreva o incidente da alegada discriminação. Forneça os nomes e cargos dos funcionários do Monmouth Medical Center envolvidos, se possível. Explique o que aconteceu e quem pensa que é responsável:

Apresentou uma reclamação a outro organismo federal, estadual ou local sobre este incidente? Se sim, queira explicar:
