

FORMULÁRIO Geral de reclamações do Monmouth Medical Center

Nome do doente

Nome do doente:	Registo médico no.:
Assinatura do doente:	
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, estatal ou local sobre este incidente? Se sim, queira explicar:
