

**FORMULARIO general de reclamaciones de  
Monmouth Medical Center**

Nombre del paciente

Nombre del paciente:	Número de historial médico:
Firma del paciente:	
Número de teléfono del paciente:	Fecha del incidente:
Persona de contacto o persona que presenta la reclamación (de no ser el paciente):	Área/ Ubicación/ Cuarto del paciente:
Número de teléfono de la persona de contacto:	Fecha:
	Fecha en que se llenó:

Descripción de la reclamación/ queja:

Para reclamaciones relacionadas con el Título VI de la Ley de derechos civiles:

¿Cuál de los siguientes describe mejor la razón por la cual ocurrió la alegada discriminación? (Por favor, marque todos los que correspondan)

Raza

Color

Nacionalidad de origen (Conocimientos limitados del idioma inglés)

Otro

Si marcó "otro", por favor, explique:

---

Por favor, describa el alegado incidente de discriminación. Provea los nombres y los cargos de todos los empleados de Monmouth Medical Center involucrados, si los tiene disponibles. Explique lo sucedido y quién usted cree que haya sido el responsable:

---

---

¿Ha presentado usted la reclamación sobre este incidente ante otras agencias federales, estatales o locales? Si lo ha hecho, por favor, explique:

---

---