

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

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____	Número de historial médico:
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:

