



---

**The Door – A Center of Alternatives, Inc.  
Adolescent Health Center**

**Formulario de Comentarios del Paciente**

**Información del contacto**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Núm. de identificación: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono #: \_\_\_\_\_

Marque aquí si no desea proporcionar información de contacto

**Categoría**

Marque todas las opciones que correspondan:

Cuidado Clínico       Servicio de atención al cliente

Confidencialidad/ Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)

Seguridad/ Objeto perdido     Otros (por favor describa): \_\_\_\_\_

**Comentarios**

Fecha/hora del evento: \_\_\_\_\_

Nombre del personal: \_\_\_\_\_

Descripción del evento: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

*(Continuar en otra hoja si es necesario)*

Resultado esperado: \_\_\_\_\_

---

*Entiendo que el personal que investiga mis comentarios puede necesitar ver y revisar los registros de salud, y entiendo que toda la información se mantendrá confidencial. Asimismo, entiendo que estos comentarios no afectarán de ninguna manera la atención médica proporcionada en el Adolescent Health Center.*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Agradecemos que nos haya presentado su queja.  
Recibirá una respuesta dentro de 5 días hábiles.**

Envíe el formulario a:

- Mail – The Door AHC, Attn: Patient Feedback, 121 Avenue of the Americas, New York, NY 10013
- Email – [PatientFeedback@door.org](mailto:PatientFeedback@door.org) – Subject Line: Patient Feedback
- Fax – 212-941-9614 - Attn: Patient Feedback