



Fecha: _____

FORMA DE QUEJA/ RECLAMO

Nombre de la persona reportando la preocupación: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿Quiere usted que le contactemos? Si No Si es así, cual es la mejor forma de contactarlo (favor indique) Teléfono Correo Correo Electrónico

¿A cuál programa/taller/servicio de NWFS asistió? _____

¿Qué empleado de NWFS le dio el servicio? _____

¿Desea que su nombre permanezca anónimo durante la investigación de este reclamo? Si No Si es así, su información será compartida solo con el Departamento de Aseguramiento de la Calidad

¿Necesita un intérprete? Si No Si es así, para cual idioma: _____

Fecha, Lugar y Hora del Incidente: _____

Describa su queja o preocupación: Denos toda la información que nos pueda ayudar a resolver este problema. Por favor agregue páginas adicionales a este formulario si usted necesita más espacio para describir la situación o su preocupación:

¿Hay algo que usted ha hecho para ayudar a resolver el asunto por su cuenta?

¿Qué resultado le gustaría ver con respecto a este asunto?

Por favor envíe por correo este formulario a nuestra dirección, dirigido al Departamento de Aseguramiento de la Calidad, o entregue en nuestra recepción. El departamento encargado se comunicara con usted al recibir este formulario para ayudar a facilitar una solución.

Firma de quien está reportando _____

Su firma nos da permiso de compartir información acerca de esta queja con el departamento de Aseguramiento de la Calidad y otros departamentos involucrados.

Form Revised on 9/23/2015 [K:\Office Forms\QA-OI forms](#)





FOLLOW-UP COMPLAINT FORM

ESTA PÁGINA – ES SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA DE NWFS

Step 1	Initial Response Letter sent on: _____	By QA/QI Specialist: _____
Supervisor Responsible: _____		

Step 2	Date this form provided to Supervisor: _____	Date of contact with participant: _____
		By Phone <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/>
Result	Description of proposed resolution: _____	
NWFS Staff involved was invited to the conversation/meeting? If so, who was the staff? _____		
Participant is satisfied with resolution <input type="checkbox"/>		Participant is dissatisfied with resolution <input type="checkbox"/>
_____		_____
Satisfied participant signature (if contacted in person)	Date	Dissatisfied participant signature (if contacted in person)
		Date

Step 3	Date this form was provided to QA/QI Committee: _____	Date of committee decision: _____
	QA Committee Members reviewing the case: _____	
Result	Description of Committee resolution: _____	
Date of meeting with participant: _____ By Phone <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/>		
Notes from the conversation: _____		
Participant is satisfied with resolution <input type="checkbox"/>		Participant is dissatisfied with resolution <input type="checkbox"/>
_____		_____
Satisfied participant signature (if contacted in person)	Date	Dissatisfied participant signature (if contacted in person)
		Date

Step 4	Date this form provided to Executive Director: _____	Date of ED decision to QA/QI Specialist: _____
Result	Written decision mailed to participant on: _____ (No more than 30 days from the INITIAL RESPONSE LETTER)	

