Endeavor Health Services

FORMULARIO DE QUEJA

Este formulario solo debe usarse cuando sienta que un empleado del personal de Endeavor no lo trató con cortesía, consideración y respeto.

NO SE TOMARÁN REPRESALIAS CONTRA USTED POR PRESENTAR ESTA QUEJA O PROCEDER CON EL PROCEDIMIENTO DE QUEJA.

Fecha en que se completó el formulario: _____

Nombre de la cliente o clienta:_____

Nombre del madre / padre o guardián / guardiana (si corresponde):_____

Dirección residencial: _____
número de casa calle ciudad estado código postal

Número de teléfono donde se le puede localizar: _____

¿Cuál fue la fecha del incidente?_____

¿Contra quién se presenta su denuncia? (Nombre y ubicación del miembro del personal):

_____

_____

Por favor indique el incidente que motivó esta queja.:

_____

_____

_____

_____

_____ _____
Firma de la persona que presenta la queja Fecha

_____ _____
Firma de la persona que completa el formulario Fecha

Puede enviar este formulario directamente a nuestro Oficial de Privacidad y Cumplimiento Corporativo por correo:

Corporate Compliance Officer
1526 Walden Avenue, Suite 400
Cheektowaga, NY 14225