



Comments on the Service I Received

Patient's Full Name	
DOB	MRN

We at Clinica Sierra Vista's Community Health Centers and Programs attempt to provide care to all our patients/clients in a professional and caring manner. A statement of Patient's Rights is posted in each clinic and office and is available to any patient or client upon request.

If you believe you have not been treated appropriately in any way, we wish to know about your grievance/complaint. You may speak to a staff member or write your concern(s) below and this form will be forwarded to Administration, or you can mail it yourself. Following receipt of your comments, if necessary, you will receive additional information within 30 business days. If you need help to complete this form, please inform the receptionist or other staff member. Thank you for your assistance.

Patient's First name	Middle Initial	Patient's Last Name	Date of Birth
Clinic Location		Patient's Telephone Number	
Patient's Address (Street, City, State, ZIP Code)			
Name of the Person Making/Filing This Comment		Relationship to Patient	

Grievance/Complaint Summary (Attach another sheet if more space is needed)
--

Desired Outcome/Resolution

► Signature	Date of Service
-------------	-----------------

To send this form yourself, mail it to
CSV Administration
Attention: Compliance Department
P.O. Box 1559, Bakersfield, CA
93302-1559

If you are not satisfied with the resolution of your complaint, you may appeal your concern(s) to the Compliance Department at the Administrative Offices of Clinica Sierra Vista by calling (661) 635-3050. Clinica Sierra Vista will attempt to resolve all grievances within 30 business days from receipt of the complaint. If you are a member of a Managed Healthcare Organization, you may also contact your Plan for further assistance.



Comentarios Sobre El Servicio Que Recibí

Patient's Full Name

DOB

MRN

Nosotros en Clinica Sierra Vista intentamos de proveer cuidado a todos nuestros pacientes en un manera professional. Una declaración de Derechos del Paciente esta en cada clinica y oficina la cual es disponible a todo paciente o cliente sobre el solicite.

Deseamos saber su queja si usted cree que no se le ha tratado adecuadamente en cualquier forma. Usted puede hablar con un miembro del personal o puede escribir su comentarios y entregarlos a cualquier miembro del perosnal o un Administrador. Despues de recibir sus comentarios, si es necesario, usted recibirá información adicional dentro de 30 días de trabajo. Si usted necesita asistencia para completar esta forma, por favor informe a la recepcionista u otro miembro de personal. Gracias por su asistencia.

Nombre del Paciente	Segunda Inicial	Apellido del Paciente (s)	Fecha de Nacimiento
Ubicación de La Clinica		Teléfono del Paciente	
Domicilio del Paciente (Calle, Ciudad, Estado, Zona Postal)			
Nombre de Persona Haciendo el Comentario		Relación al Paciente	

Queja (Adjunte otra hoja si necesita más espacio)

Resultado Deseado/Resolución

► Firma

Fecha

Para enviar esta forma usted mismo, envíela a
CSV Administration
Attention: Compliance Department
P.O. Box 1559, Bakersfield, CA
93302-1559

Si usted no es satisfecho con el resolución de su queja, usted puede hacer una queja formal con oficina de Quejas en las oficinas administrativas de Clinica Sierra Vista por llamar al (661) 635-3050. Clinica Sierra Vista intentará de resolver todas las quejas dentro de 30 días de trabajo de la fecha que fueron recibidas.