



Reporte de Quejas Externas

Fecha de hoy: ___ / ___ / ___

Firma de Control de Calidad: _____

Fecha del incidente de que surge la queja (si aplica) ___ / ___ / ___

Hora ___:___AM/PM

Dirección/Lugar en que sucedió/Agencia: _____

Otras personas involucradas:

Empleado/visitante: _____

Cargo: _____

Resumen detallado del incidente:

(Use el reverso de esta hoja si necesita espacio adicional)

Puede que sea necesario comunicarnos con usted para obtener información adicional. Al proveer información de contacto, nos da su autorización para comunicarnos con usted en el(los) teléfono(s) y/o dirección(es) que indique a continuación:

Información de contacto:

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

(De la persona que hace el reporte)

¿Quiere recibir una carta que le informe las conclusiones? Sí/No

Si usted no está de acuerdo con las conclusiones de la investigación, puede presentar sus comentarios por escrito al Presidente Ejecutivo (CEO) del SFBHN dentro de los cinco (5) días laborables después de recibir la carta. Si cree que SFBHN no tramitó su queja como usted esperaba, puede comunicarse con el DCF al (305) 377-5029.

Seguimiento por el CEO (Presidente ejecutivo):

Nombre _____ Firma: _____ Fecha: ___ / ___ / ___



Financiado parcialmente por el Florida Department of Children & Families