



ZUCKERBERG SAN FRANCISCO GENERAL HOSPITAL

Pamamaraan ng Opisina para sa Karanasan ng Pasyente tungkol sa Karaingan

Gusto kayong bigyan ng Zuckerberg San Francisco General Hospital ng may kalidad na pangangalagang pangkalusugan sa isang magalang at nakikiramay na pamamaraan. Kung hindi namin natugunan ang inyong mga inaasahan sa inyong pamamalagi o pagpunta, gusto naming marinig ang tungkol dito.

T: Sino ang maaaring magsumite ng isang karaingan?

S: Ang sinumang pasyente/bisita ay maaaring magsampa o magsabi ng alalahanin/karaingan hinggil sa kanyang paggamot. Kung hindi kayo makakapagsampa o makakapagsabi ng alalahanin/karaingan, maaaring magsampa ng alalahanin ang isang kapamilya, asawa o kapareha sa ngalan ninyo.

T: Ano ang nangyayari pagkatapos magsumite ng isang karaingan/alalahanin sa sulat?

S: Nasa ibaba ang proseso para sa alalahanin:

- 1) Magpapadala ng pagtanggap/pagkumpirma ang aming opisina na natanggap namin ang inyong alalahanin.
- 2) Makikipag-ugnayan kami sa departamento kung saan nangyari ang alalahanin.
- 3) Makikipag-ugnayan sa inyo ang namumuno ng departamento sa pamamagitan ng telepono upang malaman pa ang tungkol sa inyong karanasan.
- 4) Magsasagawa ng imbestigasyon ang namumuno ng departamento tungkol sa pangyayari at magbibigay sa inyo ng tugon sa kinalabasan sa loob ng 30 araw ng negosyo.

Kung mayroon kayong anumang mga tanong, huwag mag-atubiling makipag-ugnayan sa aming opisina sa:

Gusali 25, Silid H1246
1001 Potrero Avenue
San Francisco, CA 94110
Telepono: (628) 206-5176
Fax: (628) 206-8878
Email: dph-patientexperience@sfdph.org



PAHAYAG NG KARANASAN NG PASYENTE

Pakisumite ang nakumpletong form nang personal, sa sulat, fax o email sa Opisina para sa Karanasan ng Pasyente.

Petsa Ngayong Araw: _____

BAHAGI I. IMPORMASYON NG PASYENTE

Pangalan ng Pasyente: _____ Apelyido: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____ Numero ng Medikal na Talaan: _____

Tirahan: _____

Kalye

Lungsod

Estado

Zip Code

Telepono: () _____ Okay bang mag-iwan ng mensahe? Oo Hindi

Pangalan ng inyong karaniwan/pangunahing doktor/nurse practitioner: _____

Klinika/Lokasyon para sa Pangunahing Pangangalaga: _____

BAHAGI II. PAHAYAG (Ang form na ito ay para sa Mga Karaingan at Papuri)

Petsa ng Pangyayari: _____

Oras ng Pangyayari: _____

(Mga) lokasyon/(mga) departamentong sangkot: _____

BUOD NG NANGYARI: Pakisama ang mga pangalan at/o posisyon ng kawaning sangkot, kung

alam: _____
