



Oregon WIC Program  
 800 NE Oregon Street, Suite 865  
 Portland, OR 97232  
 Voice: 971-673-0040  
 FAX: 971-673-0071  
 TTY: 711

**FORMULARIO DE QUEJAS**

El Cliente o el Personal puede completar este formulario – Sus inquietudes serán tratadas con confidencialidad

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ # de ID de corresponder: \_\_\_\_\_

Dirección del cliente: \_\_\_\_\_  
 Número Calle Ciudad C.P.

Número telefónico del cliente: Hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Sírvase decirnos el problema y lo que desearía que se hiciera al respecto.  
 Favor de usar el dorso de la página de ser necesario. Gracias por brindarnos esta información.**

Fecha de la queja: \_\_\_\_\_ Completado por el cliente \_\_\_\_\_ Completado por el personal

Firma: \_\_\_\_\_

**THIS SECTION TO BE REVIEWED AND COMPLETED BY MANAGER/SUPERVISOR**

Date Received: \_\_\_\_\_ Reviewed by: \_\_\_\_\_

Resolution:

Date customer notified: \_\_\_\_\_ of resolution, via: \_\_\_ phone \_\_\_ mail \_\_\_ email \_\_\_ other \_\_\_\_\_

Check program involved: \_\_\_ STD/HIV/Hep C \_\_\_ TB \_\_\_ ECS \_\_\_ Immunizations \_\_\_ WIC

**STAFF USE ONLY:**

Type of Complaint: \_\_\_ Access to services \_\_\_ Quality of care \_\_\_ Billing issue \_\_\_ Staff issue  
 \_\_\_ Delay/wait time \_\_\_ Communications \_\_\_ Appropriateness of care

**DETALLES DE LA QUEJA**, (continuación):

**MANAGER/SUPERVISOR REVIEW**, continued: