



Formulario de conflictos/quejas

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Número de reclamación \_\_\_\_\_

Fecha de la acción en conflicto \_\_\_\_\_

Persona que envía la información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Proporcione los detalles que desea que consideremos durante la revisión de su conflicto o queja. Puede escribir en el anverso y reverso de este formulario y también incluir documentos adjuntos que considera que contribuirían en su caso.

Remítase a la siguiente dirección:

Majoris Health Systems, Inc.  
Employee Complaint Department  
PO Box 1728  
Lake Oswego, OR 97035  
503-639-6080

Correo electrónico: [info@majorishealthsystems.com](mailto:info@majorishealthsystems.com)