

Cuéntenos su experiencia



Spanish

Usted también puede completar este formulario en línea utilizando el código QR



¿Qué tal lo hicimos?

Su opinión es importante para nosotros y nos ayuda a saber qué hacemos bien y dónde debemos mejorar.

Invitamos y alentamos a los consumidores y sus familias a que nos den su opinión sobre sus experiencias. Todas las opiniones se transmiten a los gerentes pertinentes.

Su opinión podría ser:

- un cumplido sobre un miembro del personal o servicio;
- una sugerencia para mejorar;
- una queja o inquietud sobre el tratamiento o atención provistos.

Lo alentamos a que converse su opinión con el equipo de prestadores de asistencia sanitaria que lo atiende; sin embargo, también puede:

- Completar las páginas 2 y 3 de este formulario de opiniones y colocarlo en un buzón de opiniones (ubicado en el hospital).
- Escribirnos a:
Patient/Consumer Relations Coordinator
Locked Bag 29, Clayton, Vic 3168
- Completar un formulario de opiniones en línea en www.monashhealth.org.
- Enviarnos un correo electrónico a feedback@monashhealth.org.
- Llamarnos por teléfono a uno de los siguientes números:

Casey Hospital	03 8768 1465
Cranbourne Centre	03 9554 8078
Dandenong Hospital	03 9554 8078
Kingston Centre	03 9265 1356
Monash Medical Centre	03 9594 2702
Monash Children's Hospital	03 9594 2702
Monash Health Community/Community Oral Health	03 9554 8078
Moorabbin Hospital	03 9228 8584
Mental Health	03 9554 9237
Pakenham Pregnancy Care Clinic	03 8768 1465



Desde su casa, puede contactarnos utilizando el servicio de interpretación telefónica al **131 450**. Los servicios de interpretación son gratuitos.

¿De qué naturaleza es su opinión?

- Cumplido Queja Sugerencia para mejorar

¿Desea permanecer de manera anónima?

- Sí No

Las opiniones anónimas serán registradas y revisadas.

¿Dónde se prestó el servicio?

- Casey Hospital Cranbourne Centre Dandenong Hospital
 Kingston Centre Monash Medical Centre Monash Children's Hospital
 Moorabbin Hospital Pakenham Clinic
 Community Service (sírvese especificar el servicio)

-
 Mental Health Service (sírvese especificar el servicio)

-
 Otro (sírvese especificar el servicio/sitio)

.....
Sírvese especificar el nombre del Pabellón, Unidad, Departamento o Servicio (si lo conoce)

Sus datos (persona que da la opinión)

Nombre.....

Dirección.....

.....
Teléfono.....Correo electrónico.....

Su relación con el paciente/consumidor.....

Datos del paciente/consumidor (si es diferente del anterior)

Nombre.....

Dirección.....

.....
Teléfono.....Fecha de nacimiento.....

Correo electrónico.....