



Sở Sức Khỏe Hành Vi

Phần Dành Riêng Cho Cán
Bộ Cơ Quan:

Số Simon _____

MẪU ĐƠN PHẢN NÀN VỀ QUYỀN CỦA BỆNH NHÂN

MẪU ĐƠN DO KHÁCH HÀNG ĐIỀN VÀ ĐƯỢC CHUYỂN TIẾP ĐẾN BỘ PHẬN PHỤ TRÁCH BẢO VỆ
QUYỀN BỆNH NHÂN

850 East Foothill Boulevard, Rialto, CA 92376
(909) 421-4657 ♦ Số Điện Thoại Miễn Cước (800) 440-2391 ♦ Fax (909) 421-9258

Tên Khách Hàng: _____ Ngày: _____ Giờ: _____

(Vui lòng viết in hoa / ghi rõ ràng)

Sử Dụng Người Đại Diện Được Ủy Quyền: ☐ Không ☐ Có Nếu có, Tên: _____

Điện thoại: _____

Ngày Sinh: _____ Giới Tính: ☐ Nam ☐ Nữ Ngôn Ngữ Muốn Sử Dụng: _____

Địa Chỉ Nhà: _____

Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, SSN): XXX-XX-_____

Thành Phố: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: _____

Phòng Khám hoặc Nhà Cung Cấp: _____

Vui Lòng Cho Chúng Tôi Biết Về Phản Nàn Của Quý Vị: _____

Quý Vị Muốn Giải Quyết Vụ Việc Như Thế Nào? _____

Chữ Ký Của Người Thụ Hưởng: _____ Ngày: _____