



行为健康部

仅供办公室使用：

Simon # _____

患者权利投诉表

表格由 客户 填写并转交至患者权利部门

850 East Foothill Boulevard, Rialto, CA 92376

(909) 421-4657 ♦ 免费电话 (800) 440-2391 ♦ 传真 (909) 421-9258

客户名称: _____ 日期: _____ 时间: _____

(请打印/书写清晰)

是否使用授权代表: ☐ 否 ☐ 是 如果是, 姓名: _____

电话: _____

出生日期: _____ 性别: ☐ 男 ☐ 女 首选语言: _____

家庭地址: _____ 社会安全号码: XXX-XX-_____

城市: _____ 邮政编码: _____ 电话: _____

诊所或服务提供者: _____

请告知我们您的投诉内容: _____

您希望如何解决此事? _____

受益人签名: _____ 日期: _____