



The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Adolescent Health Center

PATIENT FEEDBACK FORM

Contact Info

Patient Name: _____

Door ID #: _____

Email: _____

Phone #: _____

Check here if you do not want to provide contact info

Category

Please check all that apply:

Clinical Care

Customer Service

Confidentiality/HIPAA

Security/Lost Item

Other (please describe): _____

Feedback

Date/Time of event: _____

Name of Staff Involved: _____

Description of event: _____

(Please continue on a separate sheet if necessary)

Desired Outcome: _____

I understand that staff investigating this my feedback may need to see and review health records, and I understand all information will be kept confidential. I further understand that this feedback will in no way affect any care provided at the Adolescent Health Center.

Patient Signature: _____

Date: _____

**Thank you for taking the time to bring your complaint to our attention.
You should receive a response within 5 business days.**

Please return the form by:

- Mail – The Door AHC, Attn: Patient Feedback, 121 Avenue of the Americas, New York, NY 10013
- Email – PatientFeedback@door.org – Subject Line: Patient Feedback
- Fax – 212-941-9614 - Attn: Patient Feedback



The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Centro de Salud para Adolescentes

FORMULARIO DE COMENTARIOS DEL PACIENTE

Información de contacto

Nombre del paciente: _____ Núm. de identificación: _____

Correo electrónico: _____ Núm. de teléfono: _____

Marque aquí si no desea proporcionar información de contacto

Categoría

Marque todo lo que corresponda:

- Cuidado clínico Servicio de atención al cliente
 Confidencialidad/Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)
 Seguridad/Objeto perdido Otros (describir): _____

Comentarios

Fecha/hora del evento: _____

Nombre del personal: _____

Descripción del evento: _____

(Continuar en otra hoja si es necesario)

Resultado esperado: _____

Comprendo que el personal que investiga mis comentarios puede revisar mis registros de salud así como que toda la información será confidencial. También comprendo que dichos comentarios no afectarán de manera alguna el cuidado que brinda el Centro de Salud para Adolescentes.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

**Agradecemos que nos haya presentado su queja.
Recibirá una respuesta dentro de 5 días hábiles.**

Envíe el formulario

- Por correo: The Door AHC, Attn: Patient Feedback, 121 Avenue of the Americas, New York, NY 10013
- Por correo electrónico: PatientFeedback@door.org. Asunto: Patient Feedback
- Por fax: 212-941-9614 - Attn: Patient Feedback