

# CONCERNS/COMPLIMENTS/SUGGESTIONS PREOCUPACIONES/FELICITACIONES/SUGERENCIAS

Your feedback is important to us and is greatly appreciated. Your comments help us improve patient care.

Sus comentarios son importantes para nosotros y los agradecemos profundamente. Sus comentarios nos ayudan a mejorar la atención al paciente.



**Name/  
Nombre:** \_\_\_\_\_

**Address/  
Dirección:** \_\_\_\_\_

**Phone/  
Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Date of service/  
Fecha del servicio:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Department/  
Departamento  
de servicio:** \_\_\_\_\_

**If you are not the patient, please provide your name and relationship to the patient/  
Si no es el paciente, proporcione su nombre y relación con el paciente:**

\_\_\_\_\_

**Please provide a brief description of your care.  
Proporcione una breve descripción de su atención.**

**How could we improve our services based on your experience?  
¿Cómo podríamos mejorar nuestros servicios según su experiencia?**

**Return this form to: Patient Experience and Community Advocacy Office  
Envíe este formulario a: Oficina de Experiencia del Paciente y Defensa de la Comunidad  
Jefferson Healthcare | 834 Sheridan Street | Port Townsend, WA 98368 | 360.385.2200 x2235**