

# Planilla de Reclamo

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Miembro de NHP \_\_\_\_\_

## RESUMEN DE RECLAMO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Sé ha puesto usted en contacto con NHP en referencia a esta situación? \_\_\_\_\_

Si se ha puesto en contacto, por favor explique cuál fué el resultado: \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Qué podemos hacer para ayudarlo a resolver su problema? \_\_\_\_\_

---

---

---

Por favor envíe esta planilla a Neighborhood Health Partnership a la dirección de abajo.

PO Box 025680  
Miami, FL 33102-5680

Firma del Miembro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_