



FORMULARIO DE QUEJAS / INQUIETUDES DEL PACIENTE

En TFP nos esforzamos por garantizar un servicio excelente que se ajuste a nuestros valores. Tiene derecho a expresar sus inquietudes o quejas sobre el servicio en cualquier momento. Si no está satisfecho con nuestro servicio, tiene inquietudes sobre la seguridad o la calidad de la atención, le rogamos que se ponga en contacto con nuestro equipo directivo.

Cómo presentar una queja:

- Puede completar este formulario y enviarlo por fax al 813-877-2479, por correo electrónico a TFP@tfpspecialty.com o por correo postal a la dirección que figura a continuación.

Envíe el formulario por correo a: TFP Wellness Systems, 12470 Telecom Drive, Suite 110W, Tampa, FL. 33637

- Llame al 813-871-5161 o al número gratuito 866-871-5670 y pregunte por un farmacéutico o para hablar con un supervisor.
- Visite nuestro sitio web en <http://www.TampaFamilyPharmacy.com> para enviar sus inquietudes.
- Envíe sus quejas a la Junta de Farmacia de Florida. Teléfono: (850) 245-4339.
Dirección postal: Servicios al Consumidor, 4052 Bald Cypress Way, Bin C75, Tallahassee, Florida 32399-3275.
- Para obtener información sobre cómo presentar una queja o reclamo ante otra junta de farmacia estatal, visite <https://nabp.pharmacy/about/boards-of-pharmacy> para encontrar la información de contacto de su estado.
- Envíe sus quejas y reclamos a la Comisión de Acreditación para el Cuidado de la Salud, Inc. (ACHC) al 855-937-2242.

TFP se pondrá en contacto con usted en un plazo de 3 días naturales tras recibir su solicitud. Recibirá una respuesta telefónica o escrita de nuestra gerencia.

Gracias de antemano por informarnos sobre su inquietud. Seguiremos aprendiendo de nuestros pacientes y trabajando para mejorar la calidad de nuestros servicios.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Descripción del problema/preocupación/queja (incluya fechas, horas y nombres, si es posible):

Completado por (firma): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si corresponde): _____

(SOLO PARA USO DE OFICINA)

Dirección del paciente: _____

Número de teléfono del paciente: (____) _____ - _____

Fecha de recepción: _____ Por: _____

Seguimiento por teléfono completado por: _____ Fecha: ____/____/____ hora: _____ AM/PM

Artículos Discutidos: _____

Resolución/medida tomada para resolver la queja: _____

Seguimiento por carta completado por: _____

(por favor adjunte la copia) Fecha completada: _____ Fecha de envío por correo: _____

Formulario completado por: _____ Fecha: _____