

PEDIDO DE REVISIÓN

INSTRUCCIONES: Rellene y entregue al abogado local o envíe el formulario a la oficina a la defensa del cliente, SCDMH, Oficina a la Defensa del Cliente, P.O. Box 485, Columbia, S.C. 29202

Nombre de la persona que pide la revisión _____ Direccion & no. de Teléfono y de persona que pide la revisión _____

Nombre del paciente _____ Parentesco al paciente si no es el paciente mismo _____

En su opinión ¿ qué derecho fue violado? _____

¿Donde sucedió? _____ ¿Cuándo sucedió? _____

Describe lo que sucedio. _____

¿Qué quiere Ud. Que tenga lugar? _____

Firma de la persona que rellena el formulario _____ Fecha _____

INFORME DEL ABOGADO
Para ser relleno por el Abogado Local

Imputación: _____ Derechas Categoría Número _____

Declaración de Conclusiones: _____

Medidas tomadas: _____

Firma _____ Fecha _____ Resuelto _____ No Resoluto _____

Si usted no esta satisfecho con las medidas tomadas con respecto a su pedido, comuníquese con al abogado local or con la Oficina del Defensor del Cliente, SCDMH, llamando al (803) 898-8569.

- Copy 1-2 SCDMH La Oficina de la Defensa del cliente
- Copy 3 SCDMH La Oficina del Abogado Local
- Copy 4 Persona que Pide la Revision

PEDIDO DE REVISIÓN

INSTRUCCIONES: Rellene y entregue al abogado local o envíe el formulario a la oficina a la defensa del cliente, SCDMH, Oficina a la Defensa del Cliente, P.O. Box 485, Columbia, S.C. 29202

Nombre de la persona que pide la revisión _____ Direccion & no. de Teléfono y de persona que pide la revisión _____

Nombre del paciente _____ Parentesco al paciente si no es el paciente mismo _____

En su opinión ¿ qué derecho fue violado? _____

¿Donde sucedió? _____ ¿Cuándo sucedió? _____

Describe lo que sucedio. _____

¿Qué quiere Ud. Que tenga lugar? _____

Firma de la persona que rellena el formulario _____ Fecha _____

INFORME DEL ABOGADO
Para ser relleno por el Abogado Local

Imputación: _____ Derechas Categoría Número _____

Declaración de Conclusiones: _____

Medidas tomadas: _____

Firma _____ Fecha _____ Resuelto _____ No Resoluto _____

Si usted no esta satisfecho con las medidas tomadas con respecto a su pedido, comuníquese con al abogado local or con la Oficina del Defensor del Cliente, SCDMH, llamando al (803) 898-8569.

- Copy 1-2 SCDMH La Oficina de la Defensa del cliente
- Copy 3 SCDMH La Oficina del Abogado Local
- Copy 4 Persona que Pide la Revision

PEDIDO DE REVISIÓN

INSTRUCCIONES: Rellene y entregue al abogado local o envíe el formulario a la oficina a la defensa del cliente, SCDMH, Oficina a la Defensa del Cliente, P.O. Box 485, Columbia, S.C. 29202

Nombre de la persona que pide la revisión _____ Direccion & no. de Teléfono y de persona que pide la revisión _____

Nombre del paciente _____ Parentesco al paciente si no es el paciente mismo _____

En su opinión ¿ qué derecho fue violado? _____

¿Donde sucedió? _____ ¿Cuándo sucedió? _____

Describe lo que sucedio. _____

¿Qué quiere Ud. Que tenga lugar? _____

Firma de la persona que rellena el formulario _____ Fecha _____

INFORME DEL ABOGADO
Para ser relleno por el Abogado Local

Imputación: _____ Derechas Categoría Número _____

Declaración de Conclusiones: _____

Medidas tomadas: _____

Firma _____ Fecha _____ Resuelto _____ No Resoluto _____

Si usted no esta satisfecho con las medidas tomadas con respecto a su pedido, comuníquese con al abogado local or con la Oficina del Defensor del Cliente, SCDMH, llamando al (803) 898-8569.

- Copy 1-2 SCDMH La Oficina de la Defensa del cliente
- Copy 3 SCDMH La Oficina del Abogado Local
- Copy 4 Persona que Pide la Revision

PEDIDO DE REVISIÓN

INSTRUCCIONES: Rellene y entregue al abogado local o envíe el formulario a la oficina a la defensa del cliente, SCDMH, Oficina a la Defensa del Cliente, P.O. Box 485, Columbia, S.C. 29202

Nombre de la persona que pide la revisión _____ Direccion & no. de Teléfono y de persona que pide la revisión _____

Nombre del paciente _____ Parentesco al paciente si no es el paciente mismo _____

En su opinión ¿ qué derecho fue violado? _____

¿Donde sucedió? _____ ¿Cuándo sucedió? _____

Describa lo que sucedio. _____

¿Qué quiere Ud. Que tenga lugar? _____

Firma de la persona que rellena el formulario _____ Fecha _____

INFORME DEL ABOGADO
Para ser relleno por el Abogado Local

Imputación: _____ Derechas Categoría Número _____

Declaración de Conclusiones: _____

Medidas tomadas: _____

Firma _____ Fecha _____ Resuelto _____ No Resoluto _____

Si usted no esta satisfecho con las medidas tomadas con respecto a su pedido, comuníquese con al abogado local or con la Oficina del Defensor del Cliente, SCDMH, llamando al (803) 898-8569.

- Copy 1-2 SCDMH La Oficina de la Defensa del cliente
- Copy 3 SCDMH La Oficina del Abogado Local
- Copy 4 Persona que Pide la Revision