



DATE: _____

SITE: _____

WE'RE LISTENING

Our patients are most important to us. In an effort to improve services, please tell us why you are seeking a transfer from the Joseph P. Addabbo Family Health Center.

Please check all that apply:

You are or will be seeking medical services with another Provider?

You have or will be moving within the next 3 months.

You are requesting your records for your Personal needs.

Comments: _____

If you would like to speak to our C.E.O Renee-Hastick-Motes, please leave your name and phone number. We will contact you for an appointment or telephone call.

Name: _____

Phone Number: _____



FECHA: _____

SITIO: _____

ESTAMOS ESCHUCHANDO

Nuestros pacientes son lo más importantes para nosotros. En un esfuerzo por mejorar los servicios, díganos por qué está sbuscando una transferencia del Centro de Salud Familiar Joseph P. Addabbo.

Please check all that apply:

¿Está o buscará servicios médicos con otro proveedor?

Se ha mudado o se mudará dentro de los próximos 3 meses. Está

solicitando sus registros para sus necesidades personales.

Comentarios : _____

Si desea hablar con nuestro C.E.O Renee-Hastick-Motes, por favor deje su nombre y número de teléfono. Nos pondremos en contacto con usted para una cita o una llamada telefónica.

Nombre: _____

Número de teléfono: _____



DATE: _____

SITE: _____

WE'RE LISTENING

Our patients are most important to us. In an effort to improve services, please tell us why you are seeking a transfer from the Joseph P. Addabbo Family Health Center.

Please check all that apply:

I relocated to another area

Inability to schedule an appointment on the phone

The location of the site is difficult for me to get to

Not happy with my doctor/provider

I'm not happy with the level of employee professionalism

Inability to get an appointment in desired time frame

Inconvenient hours of operation

The wait times are too long

Not enough late hours

Unable to see my primary physician

Would like Saturday hours

Other

Comments: _____

If you would like to speak to our C.E.O Renee-Hastick-Motes, please leave your name and phone number. We will contact you for an appointment or telephone call.

Name: _____

Phone Number: _____



FECHA: _____

SITIO: _____

ESTAMOS ESCHUCHANDO

Nuestros pacientes son lo más importantes para nosotros. En un esfuerzo por mejorar los servicios, díganos por qué está buscando una transferencia del Centro de Salud Familiar Joseph P. Addabbo.

Por favor marque todos los que aplique

Me mude a otra area

Incapacidad para hacer una cita por el teléfono

La ubicacion de la clinica es dificil para llegar

Not happy No estoy content con mi médico / proveedor

No estoy contento con el nivel de profesionalidad de los empleados

Incapacidad para obtener una cita el el tiempo deseado

Horas de operación inconvenientes

Los tiempos de espera son demasiado largos

No hay suficientes horas de retraso

Unable to see my primary o puedo ver a mi médico primario

Quisiera horario de sabado

Otro

Comentarios : _____

Si desea hablar con nuestro C.E.O Renee-Hastick-Motes, por favor deje su nombre y número de teléfono. Nos pondremos en contacto con usted para una cita o una llamada telefónica.

Nombre: _____

Número de teléfono: _____