



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 ESCUCHANDO

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.

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 ESCUCHANDO

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 contento con mi médico / proveedor |
| No estoy contento con el nivel de profesionalidad de los empleados | Incapacidad para obtener una cita en 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: _____