



Formulario de Presentación de Quejas

Información de Contacto

Nombre	Fecha de Nacimiento
Numero de Telefono	Dirección

Por favor proporcione los detalles específicos de su queja (Fecha/ hora/ ubicación/ personas involucradas)

Qué desea que suceda como resultado de su queja?

X

Firma del Denunciante

Devolución por correo

AccelHealth
ATTN: Director of Compliance and Quality
1100 W. Reynosa Ave.
DeLeon, TX 76444

Internal use only
Date received:
Complaint Recipient:
<i>Please send complaint to the appropriate department supervisor for review.</i>

