



# Comentarios sobre el Examen Médico Independiente

Provider Quality & Compliance  
PO Box 44322  
Olympia WA 98504-4322

Use el espacio de abajo para escribir sus comentarios, positivos o negativos, acerca de su reciente Examen Médico Independiente (IME).

Fecha del examen	Número de reclamo
Nombre de la compañía que realizó el examen (si lo sabe)	
Nombre del doctor (si lo sabe)	Nombre del doctor (si lo sabe)

**Comentarios — por favor sea específico:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha