

SALUD MENTAL DEL CONDADO DE EL DORADO

FORMULARIO PARA PRESENTAR QUEJAS

Te animamos a que hables de cualquier queja o problema sobre tus servicios de Salud Mental con tu Proveedor de Servicios. Puedes presentar una Queja hablando con tu Proveedor de Servicios, o con cualquier miembro del personal de Salud Mental con quien te sientas cómodo. Puedes completar este formulario o llamar para presentar tu Queja al Grupo SmithWaters, al Defensor de los Derechos de los Pacientes del Condado de El Dorado, al (800) 970-5816.

Su Nombre:	
Su Fecha de Nacimiento:	
Su número de Teléfono:	
Su dirección:	
DESCRIBA LA QUEJA (Por favor incluya fechas y nombres, si es posible; utilice páginas adicionales si es necesario):	

También entiendo que el Defensor de los Derechos de los Pacientes (o su designado) estará autorizado para contactar a cualquier proveedor involucrado con el fin de resolver mi Queja. El Defensor de los Derechos de los Pacientes también estará autorizado para discutir toda la información que sea necesaria para evaluar y resolver esta queja.

Su Firma

Fecha

POR FAVOR LEE LA SEGUNDA PAGINA

POR FAVOR LEA Y FIRME

Usted puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre y este representante puede utilizar el proceso de Quejas si usted lo solicita. Cualquier miembro del personal puede asistirle durante todo el proceso de Quejas y mantenerlo informado sobre el estado de su Queja. El Plan de Salud Mental (MHP, por sus siglas en inglés) garantizara que usted no sea objeto de discriminación ni de penalización por presentar una Queja. Usted puede examinar su expediente en cualquier momento, incluidos los registros médicos y cualquier otro documento y registro considerado durante el proceso de quejas.

Si necesitas más información sobre el proceso de Quejas, por favor contacta al Grupo SmithWaters, el Defensor de los Derechos de los Pacientes de El Dorado, al (800) 970-5816.

Con el fin de resolver esta queja, yo autorizo a la siguiente persona para que actuara en mi favor. (Escriba por favor “n/a” si usted no desea tener una persona que actúe en su favor):

Nombre y número de teléfono del representante:	
---	--

También entiendo que el Defensor de los Derechos de los Pacientes (o su designado) estará autorizado para contactar a mi representante (según se nombre arriba). El Supervisor de Gestión de Calidad también estará autorizado para discutir toda la información que sea necesaria para evaluar y resolver esta Queja.

Su Firma

Fecha

Una vez que haya completado, firmado y fechado esta forma, por favor envíelo a la siguiente dirección:

The SmithWaters Group
El Dorado County Patients' Rights Advocate
3666 I Street
Sacramento, CA 95816