Departamento de Salud Mental

OFICINA DE DERECHOS DEL PACIENTE
FORMULARIO DE APELACIÓN DE QUEJA

FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL *CLIENTE* Y ENVIADO A LA OFICINA DE DERECHOS DEL PACIENTE

850 East Foothill Boulevard, Rialto, CA 92376
(800) 421-4657 ♦ Número gratuito (800) 440-2391 Fax (909) 421-9258

Nombre del cliente: _____ **Fecha:** _____
(Use letra de molde / escriba claramente)

Fecha de nacimiento: _____ **Género:** ☐ **M** ☐ **F** **Idioma preferido:** _____

Domicilio de casa: _____

Ciudad: _____ **Código postal:** _____ **Número telefónico:** _____

Número telefónico alternativo: _____

Clínica o nombre del proveedor: _____

Hace uso de un representante autorizado: ☐ **No** ☐ **Sí, explique,**

Nombre: _____

Número telefónico: _____

¿Cuál es su inconformidad sobre la manera en que fue resuelta su queja original?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Una vez que usted haya completado este formulario de apelación, un representante de la Oficina de Derechos del Paciente se pondrá en contacto con usted para hablar sobre su apelación. Para ayudarle a resolver su apelación, Derechos del Paciente tal vez necesite hablar sobre sus dudas con otros individuos. Estos individuos pueden ser su proveedor de servicios, el supervisor de su proveedor o personal administrativo dentro del Departamento de Salud Mental. Para permitir que Derechos del Paciente pueda hablar sobre su apelación con estos individuos, necesitamos obtener su permiso por escrito para poder recibir información sobre su apelación.

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____