



**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud de la Conducta**

FORMULARIO DE QUEJAS

Sólo Para Uso de la Oficina:

Simon # _____

FORMULARIO PARA SER COMPLETADO POR EL/LA CLIENTE Y ENVIADO A LA UNIDAD DE ACCESO

268 W. Hospitality Lane, Suite 400, San Bernardino, CA 92415-0026
909-381-2420 ♦ 888-743-1478 ♦ TDD 888-743-1481 ♦ Fax 909-421-9272

Nombre del/la Beneficiario/a: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____
(Use letra de molde o escriba claramente)

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** M F **Idioma de Preferencia:** _____

Domicilio de Casa: _____ **No. de SS:** _____

Ciudad: _____ **Zona Postal:** _____ **Teléfono:** _____

Usa Representante Autorizado: No Sí **si responde sí, Nombre:** _____
Teléfono: _____

Clínica o Proveedor: _____

Por favor, Díganos Sobre Su Queja: _____

¿Cómo Le Gustaría Ver Que Se Resuelvan Las Cosas? _____

Firma del/la Beneficiario: _____ **Fecha:** _____



Departamento de Salud de la Conducta del Condado de San Bernardino
AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)

Nombre del/la Cliente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Seguro Social: _____

Al completar este documento usted autoriza que se libere, revele y/o use la información de salud sobre usted. La falta de proporcionar toda la información solicitada podría anular esta Autorización.

USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Por este medio autorizo a _____ que libere a:
(Nombre de la Instalación/Proveedor/Otro)

la Unidad de Acceso, 268 W. Hospitality Lane, Suite 400, San Bernardino, CA 92415-0026, 909-381-2420, teléfono de llamada gratuita 888-743-1478, TDD 888-743-148, Fax 909-386-0770

- a. Toda la información de salud perteneciente a mi historial médico, mental o condición física y tratamiento recibido – *O*
- Solamente los siguientes registros o información de tipos de salud (incluyendo cualquier fecha):

- b. Yo específicamente autorizo la liberación de la siguiente información (marque lo apropiado):
 - Información de tratamiento sobre la salud mental
 - Resultados de la prueba de VIH
 - Información sobre el tratamiento de alcohol/drogas

PROPÓSITO

El propósito para el uso o revelación solicitada:

La información solicitada se requiere con el fin de (1) asistir en lograr una resolución a mi queja, y (2) ayudar que el Programa de Gestión de Calidad de DBH prevenga que sucedan similares problemas en el futuro.

A Las Agencias Que Reciban Esta Información: Esta información está protegida por leyes estatales y federales y no deben entregarse a otros que no estén incluidos en esta Autorización sin tener una nueva autorización del cliente, a no ser que lo autorice de otra forma la ley. Si usted ha recibido una evaluación, tratamiento o referencia a un programa de alcohol y/o drogas, aplica lo siguiente: **Esta información ha sido revelada a usted de ciertos registros protegidos por la ley/regla Federal de confidencialidad (42 CFR, Parte 2).** La regla Federal prohíbe que usted haga cualquier otro tipo o mayor revelación/liberación de esta información, a no ser que sea expresamente/específicamente permitido por un consentimiento por escrito de la persona que firma esta Autorización o como lo permita la ley/regla Federal (42 CFR, Parte 2). Una Autorización general de información médica u otra información **NO** es suficiente para este propósito. Las leyes/reglas Federales limitan cualquier uso de información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

(por favor vea el otro lado)



Departamento de Salud de la Conducta del Condado de San Bernardino
AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)

VENCIMIENTO

Esta Autorización se vence en [escriba la fecha]: _____

MIS DERECHOS

- Yo me puedo negar a firmar esta Autorización. Esto no afectará mi capacidad de recibir tratamiento.
- Tengo el derecho a recibir una copia de esta Autorización.
- Hasta donde lo permite la ley, puedo inspeccionar o sino obtener una copia de la información de salud por la que me piden que autorice el uso o revelación de la misma.
- Yo puedo anular esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentarla al domicilio que está a continuación: _____

Mi cancelación entra en vigor al ser recibida, salvo hasta donde otros hayan actuado dependiendo en esta Autorización.

La información revelada por esta Autorización podría volver a ser revelada por quien la reciba y el hecho de volver a revelarla es, en algunos casos, no protegido por la ley de California y podría ya no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA).

FIRMA

Fecha: _____

Hora: _____ am pm

Firma: _____

(paciente/representante/cónyuge/parte responsable financieramente)

Si la firma otra persona que no es el/la paciente, declare su relación legal con el/la paciente:

Testigo: _____