Condado de San Bernardino Plan de Salud Mental

FORMA DE APELACION DE UNA ACCION

ESTA FORMA DEBE SER COMPLETADA POR EL CONSUMIDOR Y ENVIADA A LA UNIDAD DE ACCESO (UTILIZE EL SOBRE QUE SE LE PROVEE)

268 West Hospitality Lane, San Bernardino, CA 92415-0026

Nombre del consumidor:_____ **Fecha:** _____

¿Esta utilizando un representante autorizado?: Si ☐ No ☐ Si "Si," Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **lenguaje de Preferencia:** _____

Dirección de La casa: _____

_____ **Teléfono:** _____

Nombre de la clínica o de su proveedor de salud mental: _____

¿Usted recibió una notificación de Acción? Si ☐ No ☐
¿ Usted recibió una Notificación de Acción por una de las siguientes razones?:

1. **Negación o limitación de la autorización de los servicios que usted pidió, incluyendo el tipo y el nivel del servicio;**
2. **Se le redujo, suspendió o termino los servicios autorizados previamente;**
3. **Se le negó, todo o parcialmente el pago por los servicios;**
4. **No se le dieron los servicios en tiempo apropiado como se especifica en el Plan de Salud Mental o;**
5. **No recibió respuesta dentro de los tiempos especificados por el plan de salud mental de una queja, apelación, o proceso de apelación acelerada.**

Sí, " sí":
¿Cómo le gustaría que la unidad de Acceso revise la Acción?

_____

_____

_____

Firma del consumidor: _____ **Fecha:** _____

Una vez que usted haya completado esta forma de apelación, un empleado de la unidad de acceso lo va a contactar para platicar de sus preocupaciones. Para resolver la situación este empleado va a necesitar revisar el caso con otras personas. Estas personas pueden ser el proveedor de los servicios de salud mental, el supervisor del proveedor de los servicios, o un administrador dentro del departamento de salud mental y comportamiento. Para poder permitir que el empleado de la unidad de acceso discuta su caso con estas otras personas, nosotros necesitamos tener su autorización por escrito para revelar información relacionada con su apelación.

Como un beneficiario, tienes el derecho al siguiente :

- **Ser tradado con dignidad y respeto**
- **Para archivar una apelacion oral o en escrito**
- **Para pedir ayuda con el proceso apelacion**
- **Para dar autorización a otra persona para actuar en su favor**
- **Para elegir un proveedor como representante en el proceso apelacion**
- **Para presentar evidencia y alegaciones de facto o de la ley**
- **Para no ser sujetado a disciminación por el proceso apelacion**

Condado de San Bernardino Plan de Salud Mental

FORMA DE APELACION DE UNA ACCION

Autorización Para Revelar Información Confidencial

Yo Por medio de la presente, autorizo al personal de la unidad de Acceso del departamento de salud mental y comportamiento para revelar información que esta contenida en esta forma de apelación, como también la información obtenida durante las conversaciones conmigo acerca de mi apelación, a otros empleados del Departamento de Salud mental y Comportamiento y/ o agencias contratadas por el departamento tales como el hospital para servicios internos o instituciones para el cuidado de personas con problemas de salud mental (IMD) . La información que se va a revelar es necesaria para (1) asistir en la resolución de mi apelación y (2) ayudar a la unidad del programa de Mejoramiento y Calidad del departamento de salud mental y comportamiento a prevenir situaciones similares en el futuro.

Fecha:_____ **Firma del consumidor:**_____