



County of San Bernardino
Department of Behavioral Health

For Office Use Only:
Simon #

PATIENTS' RIGHTS GRIEVANCE FORM

FORM TO BE COMPLETED BY CLIENT AND FORWARDED TO PATIENTS' RIGHTS

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

Client Name: (Please print or write clearly) Date: Time:

Using Authorized Representative: No Yes if yes, Name: Phone:

Date of Birth: Gender: M F Preferred Language:

Home Address: SSN:

City: Zip: Phone:

Clinic or Provider:

Please Tell Us About Your Grievance:

How Would You Like to See Things Resolved?

Beneficiary Signature: Date:



County of San Bernardino  
Department of Behavioral Health

Sólo Para Uso de la Oficina:

Simon # \_\_\_\_\_

**FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA QUEJA**

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL CLIENTE Y ENVIADO AL REPRESENTANTE DE LOS DERECHOS DE PACIENTE DEL CONDADO

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

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

¿Es por Medio de un Representante Autorizado?:  No  Sí si responde sí,  
Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_

Domicilio de Casa: \_\_\_\_\_ No. de SS: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Clínica o Proveedor: \_\_\_\_\_

Favor de Decirnos el Motivo de su Queja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo Le Gustaría que se Resolviera el Problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_