



A Tradition of Stewardship  
A Commitment to Service

**Agencia de Salud y Servicios Sociales del Condado de Napa**  
**Departamento de Servicios de Alcohol y Drogas**  
2751 Napa Valley Corporate Drive  
Napa, CA 94559

**Hoja de Reclamación de Desorden de Sustancias para el Cliente**  
**(Siga las instrucciones en la página 2, por favor)**

Tipo de Reclamación (marque una casilla):  por escrito  verbal\* llene la parte de abajo: «PRESENTADO POR»

**Datos del Interesado (se debe llenar toda casilla).** Escriba en letra de molde. Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido(s):	Nombre(s):	SSN ( <u>últimos cuatro números</u> ):	Teléfono durante el día:
Calle y Numero:			
Ciudad:		Código Postal:	
<b>DATOS DE SU REPRESENTANTE PERSONAL (Esta es la persona que usted ha nombrado para dar y recibir información por parte de usted). Si usted no desea nombrar un Representante Personal, deje este apartado en blanco.)</b>			
Apellido(s) del Representante Personal:	Nombre(s) del Representante Personal:	Teléfono durante el día:	
Calle y Numero del Representante Personal:			
Ciudad:		Código Postal:	
<b>Con su firma el interesado autoriza que sus propios datos medicos y personales sean comunicados al representante personal, en conexión con este reclamo:</b>			
Firma: _____		Fecha: _____	

**DESCRIBA EL PROBLEMA** (marque cuantas casillas correspondan):

- Acceso a cuidado  Confidencialidad  Problema de relación interpersonal  
 Respeto de derechos  Requisitos del Programa  Insatisfacción con el proveedor  
 Calidad de cuidado  Otros problemas: \_\_\_\_\_

**EXPLIQUE SU QUEJA:** Denos cuantos detalles pueda (nombres, fechas, horas). (Adjunte más folios si sea necesario) Si se quejó verbalmente al personal, él que presencié la queja debe recabar y constatar todos los datos necesarios para explicar la situación con claridad.

**¿DE QUÉ MANERA QUIERE QUE SE SOLUCIONE ESTE PROBLEMA?** Al investigar los particulares de su queja, el personal nombrado en ella será notificado de que se ha presentado una reclamación en su contra.

**¿QUÉ SE HA HECHO PARA RESOLVER ESTE PROBLEMA, SI ES QUE SE HA HECHO ALGO?**

**\* PRESENTADO POR:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
(Si él que presenta este reclamo no es el cliente mismo, anote el nombre y apellidos del reclamante y su relación o parentesco con el cliente)



Agencia de Salud y Servicios Sociales del Condado de Napa, Departamento de Servicios de Alcohol y Drogas

2751 Napa Valley Corporate Drive, Napa, CA 94559

Instrucciones para el beneficiario para la Reclamación de Desorden de Sustancias

**¿Qué es una reclamación?** A veces el cliente no queda satisfecho con los servicios que recibe. Usted tiene el derecho de reclamar cuando experimenta problemas con los servicios proporcionados y cree sinceramente que hay que poner soluciones al problema. El hecho de que usted ha tramitado una reclamación no se puede usar como motivo para discriminar contra usted. El trámite se hace fácilmente, llenando este formulario o pidiendo que alguien le ayude a hacerlo, o simplemente quejándose por hablado ante un empleado y en tal caso el empleado se ocuparía de completar este formulario para usted.

**¿Está usted reclamando porque...**

- ...le han negado o restringido algún servicio?
- ...le han reducido, suspendido o terminado algún servicio que fue autorizado previamente?
- ...no quisieron pagar algún servicio?
- ...algún servicio no fue proporcionado a tiempo?
- ...no han respondido a su reclamación en un plazo oportuno?

Si usted no ha marcado alguna de las casillas de arriba, la queja que tiene **no cuenta como una reclamación** y usted debe tramitar el formulario **Solicitud para Apelar una Decisión (SUDS Appeal Form)**. Este formulario queda a su disposición en las mismas instalaciones donde usted suele recibir los servicios de alcohol y drogas o también se puede pedir su envío por correo, llamando a la oficina de Servicios de Alcohol y Drogas al (707) xxxxxxx.

**¿Qué significa «Representante Personal»?** Usted tiene el derecho de nombrar a otra persona para actuar como su ayudante y representante en los trámites. Esta persona sería autorizada, entonces, a comunicar y recibir información sobre su reclamo. Si usted desea aprovechar esta opción, sírvase llenar el apartado «Representante Personal» en la cara de este formulario. A menos que su Representante Personal tenga la autoridad legal de abogar por usted (por ejemplo, si su representante es su padre, madre o guardián), usted tendría que firmar y escribir la fecha de su firma en el mencionado apartado, así otorgándonos el permiso de comunicar con el representante en conexión con este reclamo.

**¿Qué sucederá después de tramitar la reclamación?** La *Hoja de Reclamaciones* que usted llenó será enviada al Departamento de Control de Calidad del Condado de Napa. Este Departamento tiene la misión de procesar las reclamaciones. En un plazo de 24 horas los responsables del departamento le enviarán una carta comprobando el recibido de su reclamo. Las personas que investiguen los particulares de su queja no son las mismas quienes hayan atendido a usted previamente, ni tampoco son quienes hayan revisado el caso o tomado decisiones antes.

**¿Cuánto tiempo tardará este proceso?** El Condado dispone de un plazo de 90 días para estudiar el reclamo y tomar una decisión al respecto. En algunos casos, este plazo se puede prorrogar unos 14 días más. Le notificarán de la determinación final por correo.

**¿Qué hago si no estoy de acuerdo con la determinación?** La decisión del Condado es definitiva y terminante.

**¿Qué hago si el Condado no se comunica conmigo en el plazo de 90 días?** Si el Condado no responde a su reclamación en el plazo oportuno, usted recibirá por correo una Notificación Tipo NOA-D (Demoras en el Procesamiento de las Reclamaciones o Apelaciones). El formulario NOA-D viene con información acerca de otros posibles derechos que usted podría ejercer a consecuencia de la demora.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE DEBE SABER**

Si necesita ayuda para llenar el formulario, usted puede autorizar que otra persona actúe en su lugar, o puede:

- Llamar a la oficina de Control y Calidad al (707) 259-4076 ó el Departamento de Alcohol y Drogas al xxxxxxx.
- Llamar a la Oficina del Condado de Napa de Derechos de los Pacientes para que le asista. Puede llamar al Abogado de los Derechos de Paciente al (707) 501-3298.

Se permite adjuntar a este formulario otros escritos adicionales que aporten elementos de prueba clínica o médica que apoyen sus alegaciones. Los clientes y sus familias no serán objetos de ningún tipo de discriminación, represalia, sanción o restricción por haberse acogido los derechos de reclamar o apelar.

Tras llenar el formulario *Hoja de Reclamaciones*, envíelo inmediatamente por correo a: 2751 Napa Valley Corporate Drive Napa, CA 94559. Sírvase usar un sobre franqueado con la dirección impresa. Si usted desea, puede hacer el trámite en persona, entregando el formulario cumplimentado a los responsables de Control de Calidad (Quality Management) en la calle 2751 Napa Valley Corporate Drive, Edificio B o enviándolo por fax al 707-299-4210. Si tiene preguntas, llame a los responsables de Control de Calidad en el 707-253-4076.