



Condado de Napa
Departamento de Salud Pública y Servicios Sociales
Coordinador de Calidad, Departamento de Salud Mental
2751 Napa Valley Corporate Drive, Building A, Napa, CA 94558

Formulario de Queja de Servicios de Salud Mental para los Beneficiarios
(Por favor siga las instrucciones en la página 2)

Reclamo (Seleccione uno): Escrito Oral * por favor llene la queja presentada en la sección a continuación)

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO (Todas las secciones deben estar completas.) Por favor imprima o escribe claramente. **FECHA:** _____

Apellido:	Nombre:	Teléfono:
-----------	---------	-----------

Domicilio:

Ciudad:	Código Postal:
---------	----------------

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE (Persona que usted designa para proporcionar y recibir información en su nombre): (Si no desea seleccionar un representante personal, deje el nombre y la dirección a continuación en blanco.)

Apellido del representante:	Nombre del representante:	Teléfono del representante:
-----------------------------	---------------------------	-----------------------------

Domicilio del representante:

Ciudad:	Código postal:
---------	----------------

Firma del beneficiario autoriza la divulgación de información al representante personal sobre esta queja:

Firma: _____ **Fecha:** _____

DESCRIPCIÓN DE SU QUEJA (Marque todo lo que corresponda.)

- Accesibilidad Confidencialidad Problemas con los medicamentos Seguridad
 Cita Insatisfacción con el proveedor Calidad de la atención Otro

DESCRIBA SU QUEJA - Sea específico incluyendo nombres, servicios al cliente, fechas y hora siempre que sea posible. (Incluye hojas adicionales si es necesario.) Si el personal lo toma en forma oral, sea minucioso al reunir información para mayor claridad.

¿QUÉ LE GUSTARÍA QUE SUCEDIERA PARA RESOLVER ESTA QUEJA? Durante la investigación de su queja, al personal mencionado en su queja se le informará que la queja se ha presentado.

¿QUÉ SE HA HECHO PARA RESOLVER SU QUEJA?

***QUEJA SOMETIDA POR:** _____ **TÉLEFONO:**

(Si no es el beneficiario, incluya el nombre del remitente y la relación con el beneficiario)



NAPA COUNTY
Health & Human
Services Agency

Condado de Napa
Departamento de Salud Pública y Servicios Sociales
Coordinador de Calidad, Departamento de Salud Mental
2751 Napa Valley Corporate Drive, Building A, Napa, CA 94558

Instrucciones para los Beneficiarios para el Formulario de Queja de Salud Mental

¿Qué es una queja? A veces las personas no están satisfechas con los servicios que reciben. Si tiene problemas con sus servicios y cree que es necesario hacer algo, tiene derecho a presentar una queja. La presentación de una queja no se usará en su contra. Todo lo que necesita hacer es completar este formulario, pedir que alguien le ayude a completar este formulario, o informarle a un miembro del personal sobre su queja y ellos completarán el formulario por usted.

¿Su preocupación involucra?

- Negación o limitación del servicio
- Reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado
- Negación de pago por el servicio
- Falta de proporcionar servicios de manera oportuna
- Falta de actuar de manera oportuna en el proceso de la queja

Si marcó alguna de las casillas anteriores, su preocupación no es una queja y deberá llenar un formulario de apelación de salud mental. Puede recoger un formulario de Apelación de Salud Mental en cualquiera de las oficinas donde recibe servicios de salud mental o puede solicitar que se le envíe un formulario comunicándose con el personal de Acceso a Salud Mental al (800) 648-8650.

¿Qué es un representante personal? Usted puede identificar a alguien que pueda ayudarlo y representarlo en la presentación y/o recepción de la información relacionada con su queja. Si desea hacer esto, deberá completar la información en la sección de Representante Personal al frente de este formulario. A menos que su representante designado ya tenga la responsabilidad legal de actuar en su nombre (por ejemplo, sus padres, guardián, conservador, o tutor legal), deberá proporcionar su firma, con la fecha que figura en esta sección para darnos su permiso de discutir su queja formal con su representante.

¿Qué sucede después de que presento mi queja? Su queja se enviará al **Coordinador de Calidad del Departamento de Salud Mental**. Este departamento está a cargo de manejar las quejas. Le enviarán una carta dentro de 5 días del calendario de recibir su queja. La revisión de su queja será realizada por personas que no están involucradas previamente con decisiones o asuntos relacionados con usted.

¿Cuánto tiempo tardará? El Condado no puede exceder más de 90 días del calendario para revisar y tomar una decisión sobre su queja. En algunos casos, ese tiempo puede extenderse por 14 días adicionales. Se le enviará una carta con respecto a la decisión tomada con su queja.

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión? Si no está satisfecho con la resolución de su queja, puede presentar otra queja ante el Plan de Salud Mental del condado de Napa. Si el Plan no le ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor del cuidado administrado de Medi-Cal del Estado puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. PST, excepto en días festivos, al 1-888-452-8609.

¿Qué sucede si el condado no se pone en contacto conmigo dentro de los 90 días? Debido a que el condado no actuó de manera oportuna con respecto a su queja, se le enviará un formulario NOABD (Aviso de determinación adversa de beneficios). El formulario NOABD le proporcionará información sobre los derechos adicionales que usted pueda tener como resultado de la demora.

INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE DEBE SABER

Si necesita ayuda para completar este formulario, puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre o:

- Puede llamar al Acceso de Salud Mental al (800) 648-8650.
- Puede comunicarse con la Oficina de Derechos del Paciente del Condado de Napa para que lo ayude. Puede comunicarse con el Defensor de los Derechos del Paciente llamando al (707) 501-3298.
- Puede llamar al Oficina del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud del Pueblo al (888) 452-8609.

Además de este formulario, puede enviar materiales escritos y presentar evidencia clínica o médica adicional para respaldar su queja. Los beneficiarios y las familias no estarán sujetos a ningún tipo de discriminación, sanción o restricción por ejercer sus derechos de agravio y apelación.

Una vez que haya completado el formulario de reclamo, debe enviarlo inmediatamente al Coordinador de Calidad del Departamento de Salud Mental, al 2751 de Napa Valley Corporate Drive, Napa, CA 94559-3721. Sobres de prepago y con la dirección previa están disponibles. También puede entregar su queja personalmente al personal del Departamento de Salud Mental al 2751 Napa Valley Corporate Drive, Building A o enviarla por fax al Coordinador de Salud Mental al (707) 299-2199 Si tiene preguntas, contacte al Coordinador de Calidad al (707) 299-1968.