



SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL  
MANUEL JIMENEZ, MA, MFT, DIRECTOR

Quality Assurance Office  
Consumer Assistance  
2000 Embarcadero Cove, Suite 400  
Oakland, California 94606  
(510) 567-8100 / TTY (510) 567-6884  
Número gratuito: 1 (800) 779-0787  
FAX: (510) 639-1346

### SOLICITUD DE QUEJA o APELACIÓN

Este formulario se utiliza para presentar una queja o solicitar una apelación. Si necesita ayuda para completar este formulario, puede solicitarla a su proveedor o llamar a Ayuda al consumidor al (800) 779-0787 o a Derechos del paciente al (510) 835-2505. **Debe enviarse una *Autorización firmada para divulgar información confidencial* junto con este formulario.** La solicitud de queja o apelación puede enviarse a su proveedor (MD, administrador de casos, médico clínico, supervisor del programa, etc.) o enviarse por correo directamente a Ayuda al consumidor: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. **Complete ambos lados de este formulario.**

Deseo presentar: (elija una opción)     Queja     Apelación

Marque aquí si solicita que su apelación se procese a través del Proceso de apelación acelerada (consulte los requisitos para una apelación acelerada)

Su dirección y número de teléfono son importantes. Necesitamos esta información para comunicarnos con usted e informarle sobre el resultado de su queja o apelación.

**COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje en el número anterior?     Sí     No

Proveedor actual: \_\_\_\_\_

Si corresponde, persona que lo representa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

~CONTINÚA AL DORSO~



**Conteste las siguientes preguntas. Adjunte páginas adicionales, si es necesario.**

¿Cuál es el problema? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

¿Qué ha hecho para tratar de resolver el problema? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

¿Cuál le gustaría que fuera la solución? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del consumidor (o representante del consumidor) Firma Fecha

***Usted no será objeto de discriminación ni cualquier otra sanción por presentar una queja o apelación. Se protegerá su confidencialidad en todo momento según la ley estatal y federal. Puede solicitar una audiencia imparcial del estado después de completar el Proceso de quejas y apelaciones.***