

Formulario de presentación de quejas de los miembros

Nombre del miembro: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección del miembro: _____ Teléfono: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
No. de identificación del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: _____
Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Queja

¿Dónde ocurrió el problema? (nombre del hospital, oficina del doctor o otro lugar) _____

¿Cuándo ocurrió? (Incluir fecha) _____

¿Quien estaba involucrado? _____

Describa lo que ocurrió: (Adjunte páginas adicionales, si es necesario) _____

¿Ha intentado resolver este problema? Sí No Si respondió "sí," por favor explique: _____

¿Cómo desearía que se resuelva este problema? _____

¿Necesitará ayuda con el idioma? Sí No Idioma: _____

¿Tiene alguna limitación física o otras que le impida asistir a una queja? Sí No

Si respondió "sí", por favor explique: _____

Entiendo que Health Plan of San Joaquin (HPSJ por sus siglas en inglés) se resolverá mi queja dentro de 30 días.

Entiendo que mi asistencia es voluntaria, pero de no hacerlo podría afectar mi queja.

Entiendo que tengo derecho a:

- Cancelación de miembro;
- Comuníquese con el Department of Managed Health Care (DMHC por sus siglas en inglés);
- Presente una audiencia imparcial estatal (miembros de Medi-Cal solamente).

Firma	Fecha
-------	-------

Autorizo al Health Plan of San Joaquin a obtener registros médicos, información sobre reclamaciones y otros datos indicados con el propósito de resolver una queja en mi nombre.

Firma	Fecha
-------	-------

¿Le ayudó alguien a completar este formulario? Sí No Si respondió "sí," por favor explique:

Nombre: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Firma: _____ Fecha: _____

