

## Formulario de queja o apelación

### Use este formulario para presentar una queja:

Una queja expresa la inconformidad con cualquier aspecto de su tratamiento por parte de Behavioral Health Services (Servicios de Salud Conductual). Puede completar la información a continuación y usar los sobres con dirección incluida que se encuentran junto a este formulario para presentar su queja. Puede llamar a Servicios de defensa de los derechos del paciente al (800) 668-4240 o (866) 308-3074.

**Marque esta casilla si desea presentar una apelación y complete la información a continuación.**

### Información del cliente

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Información del programa:

Nombre del programa donde el cliente recibe los servicios.

\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad, estado, código postal del programa

### **Describa brevemente su inquietud o inconformidad.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Si está completando este formulario, pero no es el cliente que recibe los servicios, ¿cuál es su relación con el cliente?** \_\_\_\_\_

Su nombre \_\_\_\_\_ Su número de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o representante autorizado**

**Fecha**