

Guía para la Solución de Problemas del Beneficiario / Cliente

Página 1 de 3

Prestador: Tri-City Mental Health Center

**Dirección: 2008 N. Garey Avenue
Pomona, CA 91767-2722**

Línea Directa para Reclamos/Quejas: (909) 784-3185

Proceso Informal de Quejas

1. Tri-City Mental Health le exhorta a hablar con la persona con la cual usted tiene un problema. El equipo está en conocimiento de que la calidad en los servicios es parte de la misión del Tri-City Mental Health Center e intentará resolver los problemas directamente con usted.
2. Si el problema no puede ser resuelto con la persona involucrada del equipo o usted se siente incómodo/a por tener que hablar directamente con esa persona, por favor pida hablar con el supervisor de la persona del equipo o pida hablar con el Representante de Quejas de Tri-City.
3. Si usted necesita ayuda para referirse a su problema, Tri-City puede asignar a una persona del equipo con quien usted se sienta cómodo/a para que le brinde su ayuda. Usted también puede recurrir a un miembro de su familia para que le ayude. Por último, usted puede también pedir ayuda a un Representante de Quejas de Tri-City.
4. Si su problema no se resuelve en este nivel, usted puede presentar una Queja Formal de la manera en la cual se detalla en la próxima sección.

Proceso Formal de Quejas y Apelación

1. Si usted no consigue que sus problemas se resuelvan mediante el Proceso Informal de Quejas, tiene a su disposición un Proceso Formal de Quejas. Usted puede presentar una queja en forma oral o escrita en cualquier momento.
2. Para comenzar el Proceso de Quejas, usted necesitará llenar un Formulario de Queja del Beneficiario/Cliente (por favor pida el formulario a la recepcionista o a cualquier miembro del equipo). Usted puede optar por incluir toda la información complementaria que piense que habrá de ser de ayuda para su caso. Si usted

Guía para la Solución de Problemas del Beneficiario / Cliente

Página 2 de 3

necesita asistencia para completar el formulario y/o para llevar a cabo el Proceso Formal de Quejas, por favor, elija a un miembro de su familia, a un amigo, un miembro del equipo de Tri-City, o al Representante de Quejas para que le ayude. Es probable que en este momento usted necesite completar un Formulario de Autorización para Liberar/Revelar información, de manera tal que podamos investigar su queja.

3. Los formularios serán presentados ante el Representante de Quejas. El Representante de Quejas registrará el reclamo y le proporcionará al cliente un recibo escrito de la queja verbal o escrita dentro de un plazo de **1 día laborable**. El Representante de Quejas coordinará junto con el Jefe del Programa Clínico todo el proceso de quejas y monitoreará el progreso del mismo con el fin de asegurar una resolución definitiva.
4. Los Reclamos/Quejas deben estar resueltos dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha en la cual dichos reclamos/quejas son presentados ante el Representante de Quejas. Este período de tiempo se puede extender hasta un máximo de 14 días más en determinadas circunstancias.
5. A usted se le notificará acerca del curso de acción para resolver el problema y se le informará por escrito, por teléfono o personalmente acerca de la decisión.
6. Si usted considera que la decisión que se ha tomado no es satisfactoria, puede solicitar apelar su queja ante el Director Ejecutivo. Será necesario que presente la apelación por escrito e incluya su firma. Las apelaciones estándar deben ser resueltas dentro de los 45 días calendario de recibida la apelación. Este período de tiempo se puede extender hasta un máximo de 14 días más en determinadas circunstancias. Si usted cree que la espera de 45 días habrá de poner a riesgo su salud, debe solicitar la agilización de la apelación. El período de tiempo para una apelación acelerada es de 3 días laborables.
7. Si después de conocer la decisión de la apelación, usted no está satisfecho/a y usted es una persona que recibe servicios de Medi-Cal, puede solicitar una Audiencia Justa del Estado si cree que algún servicio ha sido injustamente denegado, reducido, o se dio por terminado. La Audiencia Justa del Estado es una revisión independiente conducida por el Departamento de Estado de Servicios Sociales. El proceso de la audiencia asegura que quien recibe servicios de Medi-Cal, esté recibiendo los servicios de salud mental que tiene derecho de recibir como beneficiario/a de Medi-Cal. Para solicitar una Audiencia Justa del Estado por sus propios medios, llame al teléfono 1-800-952-5253 o escriba a:



Guía para la Solución de Problemas del Beneficiario / Cliente

Página 3 de 3

Administrative Adjudications Division
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 95814

Si usted tiene una disminución auditiva y usa TDD, llame al 1-800-952-8349

Derechos de los Clientes del Tri-City Mental Health Center

Todo cliente del Tri-City Mental Health Center tiene los siguientes derechos:

1. Recibir el mejor servicio posible independientemente de su raza, color, sexo o preferencia sexual, edad, discapacidad, nacionalidad de origen, filiación religiosa o política.
2. Recibir información completa, antes de convertirse en cliente, acerca de los servicios disponibles y cargos relacionados con los mismos.
3. Tener la libertad de elegir prestadores y de solicitar el cambio de los mismos.
4. Que se le asegure la confidencialidad de los registros y pueda aprobar o rechazar la liberación de los mismos para su entrega a cualquier individuo que no pertenezca a la agencia, excepto cuando ello sea requerido por la ley.
5. Rechazar servicios, incluyendo medicamentos, dentro de los límites permitidos por la ley y ser informado acerca de las consecuencias de dicho rechazo.
6. Ser y estar libre de todo acoso u hostigamiento sexual y contacto sexual de otros clientes, personal u otros individuos asociados directa o indirectamente con el Tri-City Mental Health Center.

FORMULARIO DE QUEJA O APELACIÓN DEL BENEFICIARIO / CLIENTE

Lado 1 de 2

USTED PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA EN CUALQUIER MOMENTO

Usted puede presentar una queja o autorizar a otra persona a actuar en su nombre. Usted no será objeto de discriminación ni de la aplicación de ningún otro tipo de penalidad por presentar una queja. Su confidencialidad estará protegida en todo momento.

PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA O APELACIÓN

Apellido	Nombre	Inic.	No. de Medi-Cal	No. de Teléfono Part.
Domicilio	No. de Apt.	Ciudad	Estado	Cód. Postal

QUEJA O APELACIÓN PRESENTADA ACERCA DE

Nombre del Personal Prestador	No. de Teléfono			
Domicilio	No. de oficina	Ciudad	Estado	Cód. Postal

En el espacio provisto más abajo, por favor describa en detalle su queja en forma tan completa y clara como sea posible. Si necesita más espacio, continúe la descripción en el reverso de este formulario. Incluya la siguiente información:

- | | |
|--|---|
| A. Fecha del incidente. | D. Nombre(s) y número(s) teléfono de la(s) persona(s) que fue/fueron testigo del incidente. |
| B. Explicación detallada del incidente. | E. Cualquier documento de soporte que usted tenga. Asegúrese de firmarlo y fecharlo. |
| C. Nombre de la(s) persona(s) del personal involucrada(s) y su relación con usted. | |

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA O APELACIÓN: *(Por favor presente algún documento escrito de apoyo con la queja o apelación.)*

Su firma, o la firma de su representante personal, le da al Tri-City Mental Health Center su consentimiento para investigar su queja o apelación. Después de completarlo, por favor presente el formulario en Recepción.

Firma del Cliente	Fecha
Firma del Representante *	Fecha

*** Si lo firma el representante personal del cliente, especifique la relación y autoridad para hacerlo así en el espacio provisto más abajo:**

FOR OFFICE USE ONLY Log Number: _____

Date Received by Complaint (QI) Dept: _____

Type of Complaint: Privacy Staff Facility Quality of Care Quality of Services

Referred to Privacy Officer? Yes No Date Referred (if applicable): _____

Date Routed to Program Chief: _____

If Appeal, Date Routed to Executive Director: _____

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA O APELACIÓN – CONTINUACIÓN DEL LADO 1

Incluir la siguiente información (*junto con cualquier documento de apoyo escrito*):

- A. Fecha del incidente.
- B. Explicación detallada del incidente.
- C. Nombre de la(s) persona(s) del personal involucrada(s) y su relación con usted.
- D. Nombre(s) y número(s) teléfono de la(s) persona(s) que fue/fueron testigo del incidente.
- E. Cualquier documento de soporte que usted tenga. Asegúrese de firmarlo y fecharlo.