

Nota: La presentación de una queja / reclamo no afectará negativamente sus servicios con el Plan de Salud Mental de Salud Mental del Condado de Kings o los proveedores de la red. El Defensor de los Derechos del Paciente se comunicará con el paciente y recibirá una respuesta por escrito dentro de los (30) treinta días calendario. Complete este formulario, luego dóblelo y asegúrelo, en un sobre con su dirección y correo.

Por favor imprima o escriba legiblemente.

Fecha: _____ Ubicación del servicio: _____

Nombre de cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si el cliente es menor de edad, ingrese el nombre

de un tutor legal en representación del menor: _____

Dirección (Ciudad/ Estado/Código Postal): _____

Número telefónico (por favor indique cual es el mejor tiempo para llamarle):

Me gustaría que mi información permanezca anónima.

**Describa la(s) razón(es) para solicitar una queja.
Sea específico al incluir nombres, fechas y horas siempre que sea posible.**

Fecha(s) de incidente: _____

1. Describa la queja o tipo de queja. Adjunte páginas adicionales si es necesario:

2. ¿Ha intentado resolver el (los) problema(s) antes la queja?

Si, Por favor describa que ha hecho para tratar de resolver el problema e incluya los resultados:

No, no he hecho ningún intento previo para resolver la queja.

3. ¿Qué le gustaría que sucediera para resolver esta queja?

Entiendo que se me contactará sobre esta solicitud dentro de los cinco (5) días calendario con un Aviso de Reconocimiento por escrito.

Firma de la Persona

Exponiendo la queja: _____ Fecha de hoy: _____

Someta su forma:

Correo: 1400 W. Lacey Blvd. Bldg.13 Hanford, CA 93230

En Persona: 1222 W. Lacey Blvd. 2ª Planta Hanford, CA 93230

Correo Electrónico: bhpra@co.kings.ca.us or Fax (559) 852-4219