

**Plan de Salud Mental del Condado de Riverside
Coordinador del Mejoramiento de Calidad
P.O. BOX 7549
Riverside, CA 92513
1-800-660-3570**

Solo para el Uso de la Oficina
By: _____
Forward to: _____
Date: _____
Date Client Notified: _____
Outcome: _____

SOLICITUD DE QUERELLA

Este formulario se usa para entablar una querella. Si necesita ayuda llenando este formulario, puede pedirle asistencia a su proveedor de servicios, o llame al Programa del Mejoramiento de Calidad al (800) 660-3570 o a los Derechos del Paciente al (800) 350-0519, o localmente al (951) 358-4600. Necesita mandar una Autorización para Divulgar Información, adjunta con esta solicitud de querella. Esta querella puede dársele al Clínico, al Supervisor del Programa, o mandarse por correo directamente al Programa del Mejoramiento de Calidad al domicilio escrito arriba.

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

Su domicilio y número de teléfono son muy importantes. Necesitamos esta información para comunicarnos con usted acerca del resultado de su querella.

Su Nombre: _____

Su Domicilio: _____

Su Teléfono Durante el Día: _____

Marque aquí si actualmente es residente de un Programa de Tratamiento Residencial de Medi-Cal.

Proveedor Actual: _____

Si aplica, la Persona que lo Representa: _____

El Domicilio de esta Persona: _____

El Teléfono Durante el Día de esa Persona: _____

¿Cual es el Problema? _____

¿Qué le gustaría que fuese la solución? _____

¿Con quién ha hablado acerca de este problema? _____

Firma del Cliente (o Representante del Cliente)

Fecha

Usted no será sujeto a discriminación ni ninguna otra penalidad por entablar esta querrela. En todo momento su confidencialidad será protegida, según lo disponen las leyes Estatales y Federales.

Plan de Salud Mental del Condado de Riverside
Autorización para Divulgar Información del Expediente Médico

Apellido del Cliente	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
----------------------	---------------	----------------	---------------------

Domicilio	Ciudad	Zona Postal	Número de Teléfono
-----------	--------	-------------	--------------------

Yo, el suscrito, por el presente autorizo: (Nombre y domicilio del proveedor de servicios médicos con los archivos)

Nombre del Proveedor de Tratamiento Médico

Domicilio

Ciudad	Estado	Zona Postal
--------	--------	-------------

Y al: **Plan de Salud Mental del Condado de Riverside**
Mejoramiento de Calidad
P.O. BOX 7549
Riverside, CA 92513

acceso a mis archivos médicos con el propósito de _____.
También autorizo a usted para que provea copias de las mismas según se soliciten.

La autorización está sujeta a las siguientes limitaciones:

- _____ 1. Limitados a los archivos relativos al tratamiento del periodo comenzando con _____ hasta _____.
- _____ 2. Limitados a los archivos relativos al ingreso y el tratamiento para la condición médica o lesión siguiente: _____.

_____ 3. Limitada a la siguiente información especificada: _____

_____ 4. Todo archivo médico.

Este consentimiento está sujeto a revocación por el suscrito en cualquier momento dado, excepto si algunos pasos hayan sido tomados confiando en el mismo, y si el mismo no ha sido revocado antes, el mismo deja de ser vigente en tres (3) meses de la fecha del consentimiento sin revocación expresa.

Firma del Cliente, el Tutor Legal, o el Representante (Favor de circular el apropiado)

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Cualquier divulgación de información de los archivos médicos por el que tiene los mismos se prohíbe, excepto cuando se indique implícitamente en el área del propósito para la divulgación.