

PREGUNTAS, INQUIETUDES O INSATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN O EL SERVICIO

El objetivo del Morongo Basin Community Health Center es proporcionar atención de la más alta calidad y satisfacción del cliente. Cada proveedor de atención médica y empleado es responsable de crear una experiencia de atención excepcional para cada cliente, en todo momento. Esto incluye responder a cualquier inquietud o insatisfacción que usted pueda tener. Nuestra mayor prioridad es resolver cada inquietud o insatisfacción donde sea que reciba atención.

Tiene derecho a designar a alguien para que presente su reclamación o lo represente durante el proceso de reclamación. Además, las reclamaciones pueden ser presentadas por los padres, tutores, curadores, parientes u otra persona designada, si el paciente es un menor o un adulto incapacitado.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Puede presentar una reclamación sobre cualquier problema. Su reclamación debe explicar su problema, por ejemplo, las razones por las que cree que una decisión fue errónea o por qué no está satisfecho con los servicios que recibió. Debe presentar su reclamación verbalmente o por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha del incidente que causó su insatisfacción, para lo cual deberá:

1. pedir hablar con el responsable del departamento si tiene alguna pregunta, inquietud o si no está satisfecho con la atención o el servicio que recibió.
2. Si después de hablar con el responsable del departamento, continúan las preguntas, inquietudes o insatisfacción, presente su reclamación de una de las siguientes maneras:
 - Comuníquese con Angie Villaluz, Gerente sénior de Calidad al 760-365-9305, ext. 1503
 - Complete y envíe por correo electrónico el formulario adjunto a avillaluz@mbhdistrict.org
 - Use el proceso de reclamaciones de su plan de salud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DEL PACIENTE CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA	DATE
NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA	TELÉFONO ALTERNATIVO
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
RELACIÓN DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre/Madre del paciente <input type="checkbox"/> Tutor del paciente	
<input type="checkbox"/> Otro:	

NATURALEZA DE LA QUEJA

¿DÓNDE OCURRIÓ EL INCIDENTE?

¿CUÁNDO PASÓ ESTO?
(Si no está seguro, proporcione fechas aproximadas)

¿QUIÉN ESTUVO INVOLUCRADO?

DESCRIBA LO QUE PASÓ. (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

FIRMA DE LA PERSONA QUE PRESENTA ESTA QUEJA:

PACIENTE/ PADRE/MADRE/ TUTOR LEGAL/

DATE

OTRO _____

INTERNAL USE

NAME OF PERSON
RECEIVEING FORM

DATE
RECEIVED