

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 brindar una experiencia de atención excepcional a 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:

- Pedir hablar con el gerente del departamento si tiene una pregunta, inquietud o está insatisfecho con la atención o el servicio que recibió.
- Después de hablar con el gerente del departamento, si las preguntas, inquietudes o insatisfacción persisten, presente su reclamación de una de las siguientes maneras:
 - Póngase en contacto con Tricia Gehrlein, Directora de experiencia del paciente/Directora de cumplimiento
 - Complete y envíe por correo electrónico el formulario adjunto a tgehrlein@mbhdistrict.org
 - Use el proceso de reclamaciones de su plan de salud.
 - Para obtener más asistencia, comuníquese con el Centro de Salud DMHC al 1-888-466-2219 o con la oficina del Ómbudsman al 1-888-452-8609.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO	NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA	FECHA
FIRMA	RELACIÓN

NATURALEZA DE LA QUEJA

¿DÓNDE OCURRIÓ EL INCIDENTE?
¿CUÁNDO PASÓ ESTO? (SI NO ESTÁ SEGURO, INDIQUE LA(S) FECHA(S) APROXIMADA(S))

¿QUIÉN ESTUVO INVOLUCRADO?

DESCRIBA LO QUE PASÓ. (ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES, SI ES NECESARIO)

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR LEGAL (SI EL
PACIENTE ES MENOR DE EDAD O ES
INCOMPETENTE)

FECHA

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL FORMULARIO

FECHA DE RECEPCIÓN