



FORMULARIO DE QUEJA

INFORMACIÓN SOBRE EL PARTICIPANTE

Nombre del participante (Apellidos) (Nombre)	Fecha de Nacimiento: Mes./ Día./ Año/	N.º de identificación del participante (si corresponde)
Dirección (calle) (Ciudad) (Estado)	(Código postal)	
Teléfono (casa) (Celular)	(Alternativo)	
Nombre de la persona que llena este formulario, si no es el participante	(Teléfono durante el día)	

¿En dónde ocurrió el problema? (Nombre del hospital, hogar médico, clínica o farmacia)	Fecha de incidente: Mes./ Día./ Año/
--	--

Describe lo que ocurrió de la manera más específica que sea posible: incluya el orden de los acontecimientos y la manera en que lo afectaron. **Si requiere más espacio, agregue una hoja aparte.**

¿Qué tipo de acción o resultado está solicitando?

Firma del participante o representante

Fecha:

FORMULARIO DE QUEJA

Tiene la opción de llamar a Servicios para Miembros de My Health (Mi Salud) LA para presentar una queja al 1-844-7446452 o puede devolver este formulario a la Unidad de Quejas de My Health LA mediante una de las siguientes acciones:

- Enviar un fax a la Unidad de Quejas para Miembros de MHLA/DHS Grievance & Appeals Unit, al (626) 299-3390
- Enviar una carta a la Unidad de Quejas de MHLA/DHS Grievance & Appeals Unit, 1000 S. Fremont Avenue, Bldg. A-11, Ground Floor, Suite 11010, Alhambra, CA 91803-8859

La Unidad de Quejas de My Health LA investigará su queja en cuanto la reciba, y un coordinador de quejas se pondrá en contacto con usted para darle más información. Recibirá una respuesta por escrito en un plazo de 60 días.

Si tiene preguntas o requiere asistencia, póngase en contacto con Servicios para Miembros al 1-844-744-6452

INTERNAL USE ONLY			
OUTCOME/RESOLUTION:			
1. Medical Home			
2. Participant ID/MRUN			
3. Complaint Code			
4. Complaint received : In Person <input type="checkbox"/> By Phone <input type="checkbox"/> By Mail <input type="checkbox"/> By Fax <input type="checkbox"/>			
Complaint Received By:		Time:	Date: