

**OFICINA DE DERECHOS DE PACIENTES DEL  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL  
CONDADO DE LOS ANGELES**  
County of Los Angeles — Department of Mental Health  
Patients' Rights Office

Información confidencial del cliente: véase el Artículo 5328 del Código de Bienestar e Instituciones

**FORMULARIO DE QUEJA O APELACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL  
BENEFICIARIO/CLIENTE**

Usted puede presentar una **QUEJA** en cualquier momento.  
Puede autorizar a otra persona a que actúe en nombre y representación suya.

Tiene derecho a presentar una **APELACIÓN** ante la Oficina de Derechos de Pacientes o a solicitar una Audiencia Estatal Justa cuando el Plan Local de Salud Mental:

1. Rechace o limite la autorización de un servicio solicitado;
2. Reduzca, suspenda o termine un servicio previamente autorizado;
3. Niegue, en forma total o parcial, el pago de un servicio;
4. No preste los servicios oportunamente; o
5. No actúe dentro de los plazos pautados para la disposición estándar de las quejas, la resolución estándar de las apelaciones o la resolución expeditiva de las apelaciones.

Solo los clientes que reciben Medi-cal y que han completado el proceso de Apelaciones del Plan de Salud Mental pueden solicitar una Audiencia Estatal Justa.

**Persona que presenta la queja o apelación**

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL INTERMEDIA	FECHA DE NACIMIENTO	No. de MEDICAL
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO PARTICULAR

**Queja o apelación presentada contra**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO/PROVEEDOR/PROGRAMA	TELÉFONO
DOMICILIO	CIUDAD
ESTADO	CÓDIGO POSTAL

## **FORMULARIO DE QUEJA /APELACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL BENEFICIARIO/ CLIENTE (Continuación)**

Usted no estará sujeto a ningún tipo de discriminación ni a ninguna otra sanción por presentar una queja o apelación. Su confidencialidad se protegerá en todo momento, en conformidad con lo establecido por las leyes federales y estatales.

**DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA o APELACIÓN: (Por favor, presente todos los documentos escritos que usted desee agregar junto con la queja o apelación. Si fuera necesario, utilice más hojas).**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente/ representante del cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Si firmara el representante personal del cliente, explique la relación y la facultad conferida para hacerlo.**

√ **Lea y firme la Autorización para el uso y la divulgación de la información médica que figura en las Páginas 3 y 4, mediante la cual se permite a la Oficina de Derechos de Pacientes, dependiente del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles, investigar su queja o apelación.**

## **FORMULARIO DE QUEJA/APELACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL BENEFICIARIO/ CLIENTE (Continuación)**

### **AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE LA SALUD**

Al firmar este documento, usted autoriza a la Oficina de Derechos de Pacientes, dependiente del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles a investigar su queja o apelación. Esta autorización permitirá a sus proveedores de servicios de salud que divulguen is siguiente información médica a la Oficina de Derechos de Pacientes, dependiente del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles, a los efectos de investigar su queja o apelación:

- Sus registros médicos pasados y actuales; y
- Otra información que se refiera a su queja o apelación y/o el rechazo de sus derechos.

#### **Fecha de vencimiento**

La presente Autorización vencerá en la fecha de resolución de su queja o apelación.

#### **Sus derechos respecto de la presente autorización:**

Si usted acepta firmar esta Autorización, deben entregarle una copia firmada de este formulario.

Usted no tiene obligación de firmarla y eso no afectará su derecho a obtener el tratamiento.

Puede revocar o cancelar su Autorización para permitir el use de su información médica en cualquier momento, informando por escrito al Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles. Debe firmar su pedido de revocación y remitirlo por correo o entregarlo a:

County of Los Angeles – Department of Mental Health  
Patients Rights Office  
510 South Vermont Avenue  
Los Ángeles, CA 90020

Si usted revoca esta Autorización, de todas maneras podemos usar y compartir su información médica que ya se hubiera obtenido por razones referidas a las disposiciones previas de esta Autorización.

**FORMULARIO DE QUEJA/ APELACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL  
BENEFICIARIO/ CLIENTE (Continuación)**

**Aprobación de la autorización:** al firmar este formulario, autorizo el uso o la divulgación de la información médica que se describiera anteriormente. Entiendo que la información de mi salud que se hubiera usado o divulgado como resultado de haber firmado esta Autorización no puede volver a usarse o divulgarse, a menos que yo extienda otra autorización o que dicho uso o divulgación estuviera específicamente permitido por la ley o fuera una exigencia de la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente/ representante del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si firmara el representante personal del cliente, explique la relación y la facultad conferida para hacerlo.

**TIENE DERECHO A RECIBIR SERVICIOS DE ASISTENCIA EN SU IDIOMA SIN COSTO ALGUNO**

**PARA SOLICITAR ASISTENCIA, LLAME A LA OFICINA DE DERECHOS DE LOS PACIENTES AL:**

**QUEJAS/APELACIONES NO REFERIDAS AL HOSPITAL: (213) 738-4949**

**QUEJAS/APELACIONES REFERIDAS AL HOSPITAL: (800) 700-9996 ó (213) 738-4888**

- ❖ **¿Completó la información solicitada en el formulario?**
- ❖ **¿Indicó su número telefónico y la dirección donde contactarlo?**
- ❖ **¿Firmó tanto la sección de queja o apelación de la pagina 2, como la sección de autorización de esta página?**

**Por favor, diríjase por correo a:**

**County of Los Angeles — Department of Mental Health  
Patients' Rights Office  
510 South Vermont Avenue  
Los Ángeles, CA 90020**

**No olvide la estampilla de correo.**