

**PROPÓSITO:** Nuestro programa tiene la obligación de proteger y promover sus derechos como consumidor de servicios de atención médica. Esto incluye proporcionarle una forma oportuna y eficiente de manejar cualquier inquietud o queja que pueda tener sobre los servicios que ofrecemos. Tenga la seguridad de que valoramos y apreciamos sus preocupaciones, ya que creemos que nos ayudan a mejorar. Nadie en esta agencia tomará represalias contra usted por presentar una queja. La atención que le ofrecemos continuará cumpliendo con todos los estándares de atención. Todo lo que le pedimos es que siga el proceso que hemos descrito a continuación para que podamos abordar sus inquietudes de manera oportuna y organizada.

**PROCEDIMIENTO(S):** Antes de presentar una queja formal, le recomendamos que primero intente resolver el problema con la persona o personas que cree que causaron la preocupación, cualquier queja informal se documentará con la resolución. Si esto no es posible, o la respuesta que recibe no es aceptable para usted, le pedimos que complete y envíe el Formulario de quejas del paciente. Puede enviar el formulario completo dejándolo caer en la caja de seguridad en el vestíbulo delantero, en el mostrador o puede enviarlo por correo utilizando el sobre con su dirección ubicado junto a los formularios de quejas. **La queja debe presentarse dentro de las 48 horas a 5 días posteriores al incidente, para una evaluación y resolución oportunas.**

El Gerente de Mejora de Calidad/Desempeño aceptará su formulario y escribirá una nota en su tabla indicando la fecha y hora en que se aceptó la queja. El Gerente de Mejora de la Calidad / Desempeño lo señalará al Director Ejecutivo y al gerente de departamento designado.

El Gerente de Mejora de Calidad/Desempeño investigará la queja o delegará la responsabilidad de la investigación dependiendo de la naturaleza de la queja. Se le contactará sobre la investigación y las posibles soluciones al problema dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la queja por parte del Gerente de Mejora de Calidad / Rendimiento, a menos que la queja se envíe de forma anónima. Recibirá una respuesta por escrito a la queja, una vez resuelta. Si la resolución sigue sin ser aceptable para usted, se organizará una reunión con el Director Ejecutivo para rectificar aún más la inquietud.

Para enviar una queja por correo, por favor devuelva el formulario completo a:

Director Ejecutivo  
Community Outreach Medical Center (COMC)  
1090 E. Desert Inn Rd., Suite 200  
Las Vegas, NV 89109  
(702) 657-3873

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto./Unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Seleccione esta casilla si prefiere mantener su anonimato.  
 (Si marca esta casilla, no podremos darle actualizaciones de los resultados o las resoluciones).

**Resuma la naturaleza de la queja formal** (especifique la causa de la queja, incluyendo todas las violaciones del contrato, políticas, prácticas o las leyes):

---



---



---



---

Hora del incidente: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ A.M. / P.M. Fecha del incidente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre de los miembros del personal participantes: \_\_\_\_\_

---

**Solución que quiere** (como consecuencia de su queja formal, ¿qué le gustaría que ocurriera?)

---



---



---

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Solo para uso del consultorio:*

<input type="checkbox"/> Queja formal revisada _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Queja formal investigada _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Queja formal resuelta _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Seguimiento completado _____ / _____ / _____

Gerente de Mejora de Calidad/Rendimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Director Ejecutivo Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_