

PROPÓSITO: Nuestro programa tiene la obligación de proteger y promover sus derechos como consumidor de los servicios de atención médica. Esto incluye darle una manera oportuna y eficiente de manejar cualquier preocupación o queja que pueda tener sobre los servicios que ofrecemos. Le aseguramos que valoramos y apreciamos sus preocupaciones porque creemos que nos ayudan a mejorar. Nadie en esta agencia tomará represalias contra usted por presentar una queja formal. La atención que le ofrecemos seguirá cumpliendo con todos los estándares de atención. Todo lo que pedimos es que siga el proceso que explicamos abajo para que podamos tratar sus preocupaciones de manera oportuna y organizada.

PROCEDIMIENTO(S): Antes de enviar una queja formal, lo animamos a que, primero, intente resolver el problema con la persona o personas que cree que lo ocasionaron. Si no es posible, o la respuesta que recibió no es aceptable para usted, le pedimos que complete y envíe el formulario adjunto. Puede darle el formulario completado al miembro del personal del que se queja o a un miembro del personal de recepción. **La queja formal debe presentarse entre 48 horas y 5 días después del incidente.**

La persona que reciba su formulario escribirá una nota en su expediente indicando la fecha y la hora en que se presentó la queja formal. El personal que reciba la queja formal la llevará al gerente de control de calidad en un plazo de 24 horas después de recibirla.

El gerente de rendimiento/mejora de la calidad investigará la queja formal o pasará la responsabilidad de la investigación dependiendo de la naturaleza de la queja. Se lo contactará sobre la investigación y las posibles soluciones al problema dentro de 72 horas después de que el gerente de control de calidad reciba la queja formal, a menos que la queja formal se presente de manera anónima.

Para enviar por correo una queja formal, regrese el formulario a:

Quality Improvement/Performance Manager
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: _____ Email: _____

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

Indique el programa contra el que presenta la queja formal:

- Community Outreach Medical Center (salud física)
- Certified Community Behavioral Health Center (salud del comportamiento)

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 _____ / _____ / _____ |

Firma del gerente de aseguramiento de calidad (QAM): _____ Fecha: _____