



## Instrucciones para presentar una Queja/Reclamo

Como consumidor del Departamento de Salud del Condado Marion (MCHD, siglas en inglés), si tiene una preocupación o problema con los servicios o tratamiento que está recibiendo de nosotros, le alentamos a que intente hablar del asunto con uno de los miembros del personal de las instalaciones donde está recibiendo dichos servicios.

Si queda insatisfecho después de dicha conversación, usted puede presentar una Queja con nosotros, ya sea verbalmente o por escrito. Su Queja se mantendrá confidencial y usted no será tratado irrespetuosamente por presentar una Queja.

### Completando el formulario de Quejas:

1. Complete los Formularios de Quejas. Estos formularios están disponibles en cualquier edificio de MCHD, en nuestra página Web <http://health.co.marion.or.us/>, o llamando al 503-584-4824. Si necesita ayuda para completar el formulario de Quejas, puede pedir a cualquier miembro del personal de MCHD que le ayude. También puede pedir a alguien más que complete el formulario de Quejas por usted. Quizás le pidamos que firme usted un formulario de autorización para poder comunicarnos con dicho individuo.
2. Entregue los formularios de Quejas al edificio en el que recibe servicios o envíenoslo por correo a:

MCHD  
Quality Improvement Coordinator  
3180 Center Street, Room 2100  
Salem, Oregon 97301

Si usted es miembro del OHP (Plan de Salud de Oregon), y está recibiendo servicios de Salud Mental a través de Mid Valley Behavioral Care Network (MVBCN), usted también puede enviar esta información a ellos, si así lo prefiere, a:

MVBCN  
Consumer Affairs Specialist  
1660 Oak Street, Suite 230  
Salem, Oregon 97301

Llame si necesita ayuda para completar el formulario: 503-361-2647

### Cuál es el Siguiente Paso:

Revisaremos los detalles de la Queja. Nos comunicaremos con usted si necesitamos más información de usted. Intentaremos enviarle la decisión por escrito en un plazo de 5 días laborales. Si necesitamos más tiempo, le notificaremos de esto y le explicaremos el motivo así como cuánto tiempo adicional necesitamos. El plazo máximo para que reciba una respuesta por escrito será de 30 días del calendario regular.

Si usted no está satisfecho(a) con nuestra decisión escrita, usted puede comunicarse con el Analista de Reglamentos de Medicaid del Estado de Oregon llamando al 503-947-5528.

**Nota:** Si el problema es sobre una Notificación de Acción que haya recibido, no debe presentar una Queja, si no presentar una Apelación o solicitar una Audiencia. En su Notificación de Acción encontrará información sobre cómo hacer esto.

Fecha en que se recibió  
la queja: \_\_\_\_\_

Departamento de Salud del Condado Marion

### Formulario para Quejas/Reclamos (para los que no son clientes de BCN\*)

Nombre del Cliente:

Nº Teléfono del Cliente:

Dirección del Cliente:

Si usted está completando este formulario a nombre del cliente, por favor complete lo siguiente:

Su Nombre:

Su Nº de Teléfono:

Su Dirección:

¿Cree que esta Queja es URGENTE y que debería tramitarse con rapidez porque su vida, salud y/o habilidad para funcionar está en grave peligro?

Sí:  No:  Si la respuesta es sí, ¿por qué cree que es *Urgente*?

\_\_\_\_\_

¿Qué ocurrió? (Incluya una página/documentación adicional si es necesario)

¿Cuándo ocurrió (fecha/hora)? \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió (agencia/ubicación)? \_\_\_\_\_

¿Quién más estuvo envuelto (nombre/nº teléfono)? \_\_\_\_\_

¿Qué desearía que hiciéramos en cuanto a este asunto?

¿Es esta Queja el resultado de servicios que han sido negados, suspendidos, reducidos o terminados?

Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quiere que continuemos ofreciéndole los servicios hasta que usted reciba una decisión final sobre su Queja?

(Nota: si la respuesta es sí, quizás se le requiera que pague el costo de los servicios si pierde en la decisión final).

Sí  No

Yo doy permiso al Departamento de Salud del Condado Marion (MCHD, siglas en inglés) para investigar y compartir información con el propósito de investigar/resolver esta Queja. Si alguien más está presentando esta queja en mi nombre, yo también doy permiso a MCHD para intercambiar información con el individuo mencionado arriba:

Firma del cliente:

Firma del reclamante (si no es el cliente):