

# CONDADO DE INYO SALUD MENTAL

Solo para uso de Oficina

- FORMULARIO DE QUEJA DEL CLIENTE  
 SOLICITUD DE APELACION  
 AGILIZAR LA APELACION

Usted tiene derecho a completar un Formulario de queja con el Condado de Inyo por cualquier insatisfacción que tenga con la excepción de La Notificación de Acción del departamento de Salud Mental del condado de Inyo.

Si ha recibido tal Notificación de Acción (por ejemplo, se le han negado servicios ) y quiere apelar la decisión, por favor, no use esta forma. Pida en la oficina central una forma llamada “Formulario de Apelación del Cliente” si quiere apelar la decisión de una Notificación de Acción.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha en la que ocurrió el problema: \_\_\_\_\_

Por favor describa el problema que quiere que sea investigado por el Departamento de Salud Mental del Condado de Inyo e incluya toda la información detallada que pueda, incluyendo: quien, que, donde, cuando y el porqué de la situación. Puede agregar más paginas si fuera necesario.

---

---

---

---

---

---

---

---

Cuando el Departamento de Salud Mental del Condado de Inyo reciba su formulario completo, una persona de nuestro personal le pondrá una sello oficial con fecha. Recibirá una notificación por escrito del Departamento de Salud Mental del Condado de Inyo sobre la investigación de su queja. En la mayoría de los casos los resultados de la investigación serán dentro de los 60 días después de recibir su Queja. Recibirá los resultados por escrito.

**Para más información sobre cómo completar una queja, lea La Guia de Resolución de Problemas Para el Cliente del Condado o llame al Departamento de Salud Mental del Condado de Inyo al: 760-873-6533.**

INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE (VEA LA SECCION 5328 DEL CODIGO DE BIENESTAR E INSTITUCIONES DE CALIFORNIA)

Recibido Por :

(Firma del Personal)

6/26/2019