



**SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO  
DEL USO DE SUSTANCIAS**

---

**AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

## **Petición de Resolver una Queja**

**Llamada Gratuita**

**1-800-952-2335**

**Se hablan varios idiomas**

**Si usted tiene un problema con servicios, un proveedor de servicios o cualquier otro descontento, usted tiene dos opciones:**

**Opción una:** Usted puede llenar el formulario Petición de Resolver una Queja (adjunto). Su queja será registrada dentro de un día laboral. Al seguir, se le informará por carta que hemos recibido su queja. Se le informará por escrito dentro de 30 días (de calendario) de la decisión tomada sobre la queja presentada.

**Opción dos:** Usted puede notificarle verbalmente por teléfono o en persona al Coordinador de Mejoramiento de Calidad o a un miembro de personal que representa el Plan de Salud Mental y el Plan de Drogas Medi-Cal Sistema de Entrega Organizada (DMC-ODS).

### **¿Dónde entrego la forma Petición de Resolver una Queja?**

Entrega Ud. el formulario a la recepcionista en la clínica donde Ud. recibe servicios, o puede enviarlo al:

Condado de Santa Cruz  
Departamento de Mejora de la Calidad  
1400 Emeline Avenue  
Santa Cruz CA 95060

### **¿Que tal si solo deseo cambiar mi proveedor ?**

Usted puede utilizar el formulario “Cambiando su Personal de Tratamiento” (el formulario amarillo) para pedir un cambio de su coordinador de cuidado, terapeuta, doctor o otro proveedor de servicios.

## Petición para Resolver una Queja

**Nombre del cliente:**

**Fecha de  
Nacimiento:**

**Fecha:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Nombre de los Padres / Guardián (si es menor de 18 años):**

**Descripción de Queja:**

**Lo que me gustaría que suceda:**

El Plan de Salud Mental y el Plan de Drogas Medi-Cal Sistema de Entrega Organizada toma en serio sus preocupaciones. Haremos todo lo razonablemente posible para resolver sus necesidades. No será sujeto a discriminación o penalizado por presentar un Petición para Resolver una Queja. La información que usted provea en este formulario no será parte de su expediente médico. Esta información se mantendrá en el Departamento de Calidad y Mejoramiento y solo será compartida con el personal necesario para poder resolver el problema. Toda la información que pertenece a las quejas será tratada como información confidencial para cumplir con las políticas y procedimientos del

Condado de Santa Cruz Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias. Se le informará por escrito dentro de 30 días (de calendario) de la decisión tomada sobre la queja presentada.

### **¿Qué pasa si necesito ayuda con el proceso?**

Usted puede autorizar a cualquier otra persona, incluyendo un proveedor, para actuar en su favor con respecto a una queja. Recomendamos un formulario de consentimiento firmado si un representante va a actuar en su nombre.

Además, si necesita ayuda con quejas sobre servicios de salud mental:

Puede comunicarse a la Oficina de el Ombudsman/Advocate: (831) 429-1913.

Para quejas sobre servicios del Tratamiento del Uso de Sustancias:

Puede comunicarse al Departamento de Servicios Sociales del Estado: (800) 952-5253.

### **¿Qué pasa si mi queja está relacionada con la discriminación?**

Si tiene una queja relacionada a discriminación, también puede comunicarse en línea con la Oficina de Derechos Civiles de Servicios Humanos y de Salud de EE.UU en: [Proceso de Queja | HHS.gov](#); o por correo: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave., SW; Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201

### **¿Qué pasa si mi queja está relacionada con servicios de psicoterapia?**

Si está recibiendo servicios de psicoterapia de un proveedor registrado o licenciado con el Junta de Ciencias del Comportamiento (BBS, por sus siglas en inglés), puede enviar

una queja sobre los servicios prestados de un AMFT / LMFT, ASW / LCSW, APCC / LPCC o psicólogo educativo con licencia al BBS en línea: [www.bbs.ca.gov](http://www.bbs.ca.gov), o por teléfono: (916) 574-7830.

**For Office Use Only (grievance-English pg 2 revised 3.1.2024)**

Date Received:	Date Resolved:	Resolved by:
----------------	----------------	--------------