

# FORMULARIO DE QUEJAS

Usted puede elegir entregar este documento a cualquier empleado(a) de Lifeline Connections o a un defensor de pacientes (la lista se publica en el lobby de cada programa). Si le preocupa presentar una queja al empleado(a) donde usted está recibiendo servicios, puede solicitar un sobre, sellarlo y escribir en él: "Quality Assurance Specialist" (especialista de garantía de calidad de servicios) o puede enviar un email a "[grievances@lifelineconnections.org](mailto:grievances@lifelineconnections.org)".

Fecha   /  /    
DD MM AAAA

Día del Incidente   /  /    
DD MM AAAA

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo

Raza Indígena de las Américas o Nativa de Alaska  Blanca  Negra o Afroamericana   
Asiática o otra de las islas del Pacífico  Hispano o Latino  Otra raza

Información de Contacto \_\_\_\_\_  
Número de casa Número de celular Correo electrónico

Proveedor de Seguro:  Molina/Beacon/CHPW  Seguro Privado/Auto Pago  BHO: \_\_\_\_\_

¿A quién fue reportado el incidente? \_\_\_\_\_ Fecha reportado: \_\_\_\_\_

## Tipo de Queja

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Calidad   | La calidad de servicio recibido no es adecuada, y/o apropiada para satisfacer las necesidades del paciente o familia.  |
| <input type="checkbox"/> Acceso a servicios                                | El/la paciente no puede acceder al servicio o no puede acceder dentro del tiempo necesario (no incluye acceso al prescriptor). Preocupación por el proceso de admisión, denegación de servicios o barreras del idioma. |
| <input type="checkbox"/> Servicios de seguimiento                          | Llamadas telefónicas no devueltas por el personal de la agencia o no devueltas de manera oportuna.   |
| <input type="checkbox"/> Servicio– Intensidad, no disponible, coordinacion | El servicio deseado no está disponible, o no está disponible en la frecuencia deseada, y/o no está coordinado con otros servicios  |
| <input type="checkbox"/> Derechos  | Violación de los derechos individuales.  |
| <input type="checkbox"/> Servicios médicos                                 | Cualquier preocupacion relacionada con la persona que prescribe o los medicamentos, incluyendo acceso oportuno al personal médico y los medicamentos.  |
| <input type="checkbox"/> Servicios administrativos                         | Preocupación por los servicios financieros o administrativos (por ejemplo, normas y procedimientos, elegibilidad financiera)   |
| <input type="checkbox"/> Dignidad y respeto                                | El/la paciente y familia no fueron tratados con dignidad y respeto.  |
| <input type="checkbox"/> Incumplimiento de confidencialidad                | Información personal médica compartida sin consentimiento o más allá de la "necesidad de saber."   |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento individualizado                       | Preocupación por la falta de aportes sobre las metas del plan de servicio o las opciones de servicio.  |
| <input type="checkbox"/> Alimentación/Salud/Seguridad                      | Relacionado con los programas residenciales, la limpieza y seguridad general.  |
| <input type="checkbox"/> Propiedad personal                                | Preocupación por el cuidado de la propiedad personal.  |
| <input type="checkbox"/> Vivienda  | Asistencia para conseguir o mantener vivienda.   |
| <input type="checkbox"/> Transporte  | Asuntos relacionados con el transporte que tenga que ver con la agencia.   |
| <input type="checkbox"/> Operaciones incumplimente                         | Cualquier preocupacion relacionada con la persona de la agencia, incluyendo ética, WACs, servicios prestados o violación de las reglas de seguridad  |
| <input type="checkbox"/> Fraude, derroche y abusos                         | Preocupación por los servicios financieros, de facturación o para pacientes.   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                                       | Cualquier preocupación que no caiga en una categoría enumerada arriba.   |

Persona y/o departamento al cual se dirige la queja:

\_\_\_\_\_  
Nombre de empleado(a) o Departamento

# FORMULARIO DE QUEJAS

**Describa** la naturaleza de la queja o preocupaciones para todos los tipos de quejas. Describa el problema con nombres, fechas y lugar. Haga una lista de hechos para apoyar la queja. Adjunte una hoja de papel separada si necesita espacio adicional.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Cuál fue el resultado cuando habló con el personal del programa acerca de sus preocupaciones o quejas?**

---

---

---

**Si usted no ha hablado con el personal del programa acerca sus preocupaciones, ¿cuál es la razón?**

---

---

---

**¿Qué le gustaria ver para mejorar la situacion?** Adjunte una hoja de papel separada si necesita espacio adicional.

---

---

---

Nombre del paciente o representante presentando el formulario

Número de teléfono

Fecha

\*FOR OFFICE USE ONLY\*

Received by: LLC Staff Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**STAFF: Upon receipt, submit ALL Grievances IMMEDIATELY to QA by scanning to GRIEVANCES email group.**

(Do not place in QA staff mailbox)