



**Substance Abuse Prevention and Control**  
 1000 South Fremont Avenue; Building A-9 East, 3rd Floor  
 Alhambra, California 91803



## FORMULARIO DE QUEJA

**Una queja (o reclamo) es una expresión de infelicidad sobre los servicios de tratamiento de abuso de sustancias.**

**Puedes presentar una QUEJA en cualquier momento y también puedes autorizar a otra persona para que te represente, si es que así lo deseas.**

**No estarás sujeto a ningún acto de discriminación ni a ninguna otra sanción por presentar una queja. Tu confidencialidad estará totalmente protegida conforme las leyes Estatales y Federales.**

1. Fecha:		
<b>PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA</b>		
2. Nombre (Apellido, nombre y segundo nombre.):	3. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	4. Medi-Cal o MHLA #:
5. Dirección:	Ciudad:	Código postal:
6. Número de teléfono o correo electrónico:	¿Está bien dejar un mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE (SI ES APLICABLE)</b>		
7. Nombre de la persona/Entidad:	8. Relación con la persona que presenta:	9. Número de teléfono:
10. Dirección:	Ciudad:	Código postal:
11. Para autorizar a esta persona / entidad a actuar en su nombre, como la persona que presenta la queja, firme aquí: _____		
<b>A QUIÉN LE ESTAS PRESENTANDO TU QUEJA</b>		
12. Contra quién está siendo presentada la queja (proveedor de tratamiento o SAPC):	13. Número de teléfono:	
14. Dirección:	Ciudad:	Código postal:

### INFORMACIÓN SOBRE LA QUEJA

15. Por favor, proporciona una breve descripción de tu queja (o reclamo). Trata de incluir la mayor información posible como fechas, eventos o personas, decisión, acción involucrada. Agrega cualquier otra documentación adicional que creas que sea necesaria.

16. Imprimir Nombre:

17. Firma:

18. Fecha:

### **AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Al firmar este documento, le das permiso al Condado de Los Ángeles - Departamento de Salud Pública, y al Substance Abuse Prevention and Control para revisar tu queja/reclamo. Esta Autorización le permitirá a tu proveedor de tratamiento divulgar la siguiente información para investigar tu queja/reclamo:

- **Tus registros anteriores y actuales del tratamiento del trastorno por uso de sustancias; y**
- **Otra información relacionada con tu reclamo o apelación y/o denegación o derechos.**

Esta información no se puede usar ni divulgar a no ser que reciba otra autorización tuya o cuando la ley lo permita o exija específicamente.

Esta Autorización expirará en la fecha de la resolución de tu Reclamo o Apelación.

**EXTERNAL SAPC REVIEW** *This section will include communication between SAPC and the agency/provider.*

This confidential information is provided to you in accord with State and Federal laws and regulations including but not limited to APPLICABLE Welfare and Institutions Code, Civil Code, HIPAA Privacy Standards, and 42 CFR Part 2. Duplication of this information for further disclosure is prohibited without the prior written authorization of the patient/authorized representative to who it pertains unless otherwise permitted by law.

Comments:

Assigned Staff: \_\_\_\_\_ Reviewed by: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**INTERNAL SAPC USE ONLY** *This section is reserved for internal SAPC use only.*

Comments:

Assigned Staff: \_\_\_\_\_ Reviewed by: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PUEDES PRESENTAR EL FORMULARIO DE QUEJA DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES FORMAS:**

**Correo Electrónico:** [SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov](mailto:SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov)

**Fax:** (626) 458-6692

**Correo:** Substance Abuse Prevention and Control, Contract and Compliance Division  
1000 South Fremont Avenue, Building A9 East, 3<sup>rd</sup> floor  
Alhambra, California 91803

**SI TE INTERESA PRESENTAR UNA QUEJA POR TELÉFONO O PARA ACLARAR CUALQUIER PREGUNTAS QUE TENGAS – LLAMA AL (888) 742-7900**

**Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo, consulta el Manual del paciente o visite la:**

**Página de SAPC en <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>**

**LA ASISTENCIA DE IDIOMA ESTÁ DISPONIBLE LLAMANDO AL:  
1-844-804-7500**