



FORMULARIO DE RECLAMOS

Por favor complete todo el formulario, fírmelo y escriba la fecha. Usted recibirá una respuesta por escrito dentro de los siguientes 5 días hábiles a partir de la fecha en que recibamos este formulario. Si usted no está de acuerdo con la respuesta, tiene el derecho de presentar una apelación.

Usted puede presentar este reclamo en una de las siguientes cuatro maneras:

1. Presente en el Formulario de Reclamo completo al programa donde recibe los servicios.
2. Envíe por correo el Formulario de Reclamo a:
**Washington County Behavioral Health
Grievances and Complaints
5240 NE Elam Young Parkway, Suite 150 MS# 70
Hillsboro, OR 97124**
3. Llame a la Línea de Reclamos y Quejas de Salud de Comportamiento del Condado de Washington al **(503) 846-4515** o al **1-833-266-3845**.
4. Envíe por fax al **(503) 846-3195**.

SI USTED NECESITA ESTE FORMULARIO EN UN FORMATO DIFERENTE, COMO EN LETRA GRANDE, GRABACIÓN DE AUDIO O BRAILLE, POR FAVOR LLAME AL NÚMERO 503-846-4515.

Su Nombre	Fecha
Nombre del Cliente (si usted no es el Cliente)	
Su Relación con el Cliente	Su Número de Teléfono
Dirección del Cliente:	
Número de Teléfono del Cliente	Fecha de Nacimiento del Cliente

¿Es esta una emergencia? Si o No (por favor marque una de estas casillas)

Por favor díganos lo que sucedió: ¿Cuándo sucedió? ¿Quién estuvo involucrado?
¿Recibió una Notificación de Acción? (Adjunte cualquier documento como notificaciones, negación del servicio, facturas por servicios médicos, etc., que nos pueda ayudar a considerar su reclamo).

¿Qué se debería hacer sobre esto?

Si es necesario, adjunte páginas adicionales

Nota: Usted también puede presentar un reclamo en cualquier momento con Oregon Health Authority/Health Services en: 500 Summer Street NE E86, Salem, OR 97301-1118. Esto incluye su derecho a presentar un reclamo con respecto al incumplimiento con las Directivas Anticipadas o la Declaración de Tratamiento de Salud Mental.