



Formulario para Sugerencias/Quejas de Salud Mental de Berkeley

Al llenar este formulario, NO se verá afectado negativamente ninguno de sus servicios.

- Ésta es una:** sugerencia
 queja (queja formal)
 petición para cambio de proveedor (Mi proveedor es: _____)
 petición de acceso a mis expedientes médicos (Puede haber cobro de fotocopias)
 audiencia de apelación (anexe la carta de respuesta a su queja, *complaint response letter*)

Favor de llenar con letra de molde. Sea específico anotando nombres, fechas y horas, cuando sea posible. Puede anexar más páginas en caso de ser necesario.

La fecha de hoy _____

- 1. ¿Cuál es su queja/sugerencia/petición?**
- 2. Únicamente para quejas/apelaciones: En caso que usted ya haya hecho algo en un intento por resolver su queja, ¿qué ha hecho y cuáles son los resultados?**
- 3. ¿Qué quisiera usted ver que suceda?**
- 4. Proporcione los datos a continuación si quiere que nos pongamos en contacto con usted sobre este asunto:**

Nombre:

Dirección:

Ciudad y Código Postal:

Teléfono:

07/07