

Formulario de Queja

Versión en español

Publicado 07/01/2026

Return address (Dirección del remitente):

Sello
Postal

San Joaquin County Behavioral Health
Services
Quality Assessment & Performance
Improvement Office
1212 North California Street
Stockton, CA 95202

Nota: Presentar una queja no afectará negativamente sus servicios con los Servicios de Salud Conductual del Condado de San Joaquín.

Fecha: _____ Ubicación del servicio: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si el miembro es menor de edad, escriba (en letra de molde/ imprenta) el nombre del tutor legal que presenta en nombre del menor: _____

Dirección (ciudad/ estado/ código postal): _____

Número de teléfono: _____ ¿Dejar un mensaje? Sí ☐ No ☐

Fecha(s) del incidente: _____

Describa el motivo o los motivos de su **queja**. Por favor, sea específico/a e incluya nombres, fechas y horas siempre que sea posible.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

¿Qué le gustaría que sucediera para resolver esta queja?

<u>FOR OFFICE USE ONLY</u>	
Date received _____	Grievance Oral Report received by _____
File number _____	Acknowledgement letter mailed on _____
Assigned to _____	Date assigned _____

Folleto Informativo sobre Resolución de Problemas

Quejas, Apelaciones,

Apelaciones Aceleradas y

Audiencias Estatales Justas

Quejas

Una queja es un reclamo o insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD; Vea la sección “Apelaciones”). Algunos ejemplos incluyen quejas relacionadas con la conducta del personal, la efectividad del tratamiento o decisiones sobre el tratamiento.

Usted, su proveedor y/o su representante autorizado pueden presentar una queja en cualquier momento. Las quejas pueden presentarse de forma verbal o por escrito. Todas las quejas se investigarán por los Servicios de Salud Conductual del Condado de San Joaquín (SJCBSHS).

Apelaciones

Si tiene Medi-Cal, tiene derecho a presentar una apelación dentro de los 60 días después de recibir un NOABD.

Puede presentar una apelación si SJCBSHS no resuelve las quejas y/o apelaciones a tiempo (dentro de 30 días), o si sus servicios son:

- Denegados;
- Cambiados o reducidos;
- Suspendidos; o
- Retrasados de manera injustificada

Usted, su proveedor (con su

consentimiento por escrito) y/o su

representante autorizado pueden presentar una apelación verbal o por escrito. Si presenta su apelación verbalmente, también debe enviar un formulario de seguimiento por escrito.

Una vez recibida la apelación, se revisará y se le enviará a usted un Aviso de Resolución de Apelación (NAR) dentro de 30 días.

Apelaciones Aceleradas

Usted, su proveedor (con su consentimiento por escrito) y/o su representante autorizado pueden solicitar una apelación acelerada si esperar por una apelación estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para funcionar. Si se aprueba, se revisará su apelación acelerada, y se le contactará sobre la decisión. Si se deniega, la apelación acelerada se convierte en una apelación estándar.

Audiencia Estatal Justa

Si se deniega la apelación, usted, su proveedor y/o su representante autorizado pueden solicitar una Audiencia Estatal Justa. Esto solo se puede hacer después de recibir una decisión de SJCBSHS confirmando la Determinación Adversa de Beneficios, o si SJCBSHS no brinda un NOABD o NAR dentro del plazo requerido. Debe solicitar la audiencia dentro de los 120 días del calendario a partir de la decisión de SJCBSHS.

Puede solicitar la continuación de sus

servicios actuales dentro de los 10 días a partir de haber recibido la NOABD o NAR mientras espera el resultado de una apelación, apelación acelerada o una Audiencia Estatal Justa.

¿Qué sucede después de que SJCBSHS reciba su queja o apelación?

Su apelación o queja se asignará a un coordinador y será investigada. Un miembro del personal intentará ponerse en contacto con usted para confirmar y recopilar más información. Se enviará por correo un Reconocimiento de Recibo a su última dirección conocida en un plazo de 5 días tras recibir su queja o apelación.

SJCBSHS completará la investigación dentro de 30 días a partir de recibir su queja. La(s) persona(s) contra quien(es) presentó la queja no serán las mismas que tomen la decisión. El coordinador intentará contactarle sobre los resultados de la investigación. Aunque no logre contactarle el coordinador, se le enviará por correo un Aviso de Resolución de Queja a la dirección que usted proporcionó. En cualquier momento, puede comunicarse con la Línea de Resolución de Problemas (vea la sección “Números de Contacto”) con respecto a su inquietud.

Comentarios, Elogios y

Sugerencias

También puede completar un formulario con sus comentarios, elogios y

Folleto Informativo sobre Resolución de Problemas

sugerencias. Por favor, marque la casilla que corresponde a su envío. Al recibir su comentario, elogio o sugerencia, un miembro del personal intentará ponerse en contacto con usted para confirmar que fue recibido.

Cómo presentar

Puede presentar una apelación, una apelación acelerada o queja y/o un comentario, elogio, o sugerencia:

- Comunicándose con la Línea de Resolución de Problemas al (209) 468-9393;
- Enviando por correo el formulario completado;
- Depositando el formulario en el buzón de sugerencias de cualquier clínica de SJCBSHS;
- Entregando el formulario completado a cualquier miembro del personal de SJCBSHS;
- Por correo electrónico a AskQAPI@sjcbhs.org; o
- Por fax al (209) 468-8485.

Ley de Atención Inclusiva para

Personas Transgénero, Diversas en Género e Intersexuales (TGI)

Tiene derecho a presentar una queja si su proveedor o el personal de SJCBSHS no le brindaron atención trans-inclusiva. La atención de salud inclusiva para personas trans se define como una atención integral conforme a los estándares de

atención para personas que se identifican como TGI, respeta la autonomía corporal de la persona, no hace suposiciones sobre el género de la persona, acepta la fluidez de género y las presentaciones de género no tradicionales, y trata a todos con compasión, comprensión y respeto [HSC § 1367.043(d)(3)].

Números de contacto

- Línea de Resolución de Problemas: (209) 468-9393 o (866) 468-9393
- Obtenga ayuda: Línea 988 de Prevención del Suicidio
- Defensor/a de la Familia: (209) 401-6087
- Coordinador/a de Enlace de Salud Mental: (209) 468-3498
- Socios de Padres (Servicios para Niños y Jóvenes): (209) 468-2385
- Teléfono del Defensor/a de los Derechos del Paciente: (209) 468-8676 Fax: (209) 468-2399
- Idiomas del Sudeste Asiático: (camboyano, hmong, khmu, laosiano y vietnamita): (209) 953-8843

Aviso de disponibilidad de asistencia lingüística

- Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-209-468-3493 (TTY: 711 o al 1-800-735-2922).
- También se ofrecen ayudas y

servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y en letra grande. Llame al 1-209-468-3493 (TTY: 711 o al 1-800-735-2922).

- Estos servicios son gratuitos.

Sus derechos

- Solicitar servicios en su idioma preferido y recibir servicios de interpretación gratuitos.
- Solicitar un cambio de proveedor o una segunda opinión.
- Presentar una queja o apelación (usted no está sujeto a discriminación ni penalización por presentar una queja o apelación).
- Revisar su expediente o registros antes y durante el proceso de apelación.
- Autorizar a otra persona para que actúe en su nombre.
- Solicitar una Audiencia Estatal Justa si es beneficiario/a de Medi-Cal.

○ Por escrito:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442
Sacramento, California 94244-2430

○ O por teléfono:

1 (800) 743-8525 o TDD: 1-800-952-8349