


GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA DEPARTAMENTO DE SALUD CONDUCTUAL  Procedimiento de quejas del consumidor				A
Primer nombre	Inicial segundo nombre	Apellidos	Fecha Nac.	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> se describe como _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no indicar
Formulario completado el día o la fecha de hoy:			Fecha de presentación al personal de DBH:	
Proveedor (centro de atención) donde está inscrito:	Proveedor (centro de atención) objeto de la queja:		Queja presentada en (Nombre del centro de atención):	
Dirección:				
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Dirección de correo electrónico:	
Teléfono 1 <input type="checkbox"/> Dejar mensaje		Teléfono 2 <input type="checkbox"/> Dejar mensaje		
Medio preferido de contacto (Marque su opción abajo): Tel. <input type="checkbox"/> Por escrito Por Correo electrónico <input type="checkbox"/> En persona		Persona objeto de la queja (si hubiere alguna)	¿Esta queja implica abuso, negligencia o negación de servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La denuncia tiene que ver con la falta de cumplimiento en la decisión de una queja anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Asunto de la queja (Para ser completado por DBH) Código 1 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Código 2 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		
Resumen de la queja				
¿Qué solución desea la persona que pone la deaja (el consumidor del servicio)?				

Complete la página 2

Describa cualquier intento anterior de resolver el problema:	
<input type="checkbox"/> ¿Defensor Independiente (C.A.N.)? En ese caso que haya, indique número de ID <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Otro Representante (Complete el Formulario B)
<i>El consumidor deberá guardar una copia de este formulario para sus expedientes.</i>	

<p>Al consumidor:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Una copia de este formulario prueba de que usted introdujo su queja en la fecha señalada anteriormente. Mantenga su copia del formulario hasta la resolución de su queja.2. La información que usted u otras personas proporcionen sobre su queja puede ser compartida con el personal de la Oficina de Asuntos del Consumidor y la Familia, y con otros que den respuesta a la queja. La información sobre su queja NO será archivada en su expediente clínico ni compartida con alguien que no esté involucrado en la misma.3. Usted no podrá ser sancionado ni tratado de manera injusta por haber presentado una queja.
--