
INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE MEDICARE PARA QUEJAS SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Medicare contrata a las Organizaciones para Mejoras de la Calidad (QIO por su sigla en inglés) para que evalúe las quejas de los beneficiarios de Medicare sobre la calidad de los servicios. Siga las instrucciones a continuación para describir su queja.

Si necesita ayuda para llenar el formulario o con su queja llame a su QIO al _____.
Si su queja no está relacionada con la calidad del servicio que recibió, la QIO enviará su queja a la organización correspondiente.

Siga las instrucciones mencionadas abajo y llene cada renglón del formulario. Si su información personal ya está incluida en el formulario, asegúrese de que sea la información correcta.

Renglón 1: Imprima el nombre del beneficiario de Medicare que recibió el servicio(s) sobre el cual presenta la queja.

Renglón 2: Incluya el número de Medicare (HICN) del beneficiario, si lo sabe.

Renglón 3: Marque el casillero correspondiente al género (sexo) de la persona. En el espacio en blanco anote la edad de la persona.

Renglón 4: Marque el casillero o casillero sobre la raza o etnia de la persona. Tenga en cuenta que esta información es **voluntaria** y **no** influirá sobre su queja.

Renglón 5: Si el beneficiario de Medicare **no** será el contacto principal durante el proceso de presentación de la queja, imprima el nombre del representante autorizado.

Renglón 6: Imprima la información correspondiente a la persona que será el contacto principal durante el proceso – ya sea el beneficiario de Medicare o su representante.

Renglón 7: Marque el casillero que indica si usted desea o no que el médico o proveedor sobre el que presenta la queja sepa su nombre. Si marca “No,” la QIO no revelará su nombre.

Renglón 8: Describa lo ocurrido, incluya cualquier información que considere significativa, incluidas las fechas y horas; nombre y dirección de los médicos, personal y proveedores e información de testigos si los hubiera. Si necesita más espacio, puede adjuntar más hojas. También puede incluir cualquier documento(s) que pueda contribuir a su caso.

Renglón 9: Al firmar este formulario, usted está autorizando a la QIO para que evalúe su queja y tome una decisión. La QIO tal vez solicite los datos médicos relacionados con la queja.

Una vez que haya llenado el formulario:

- Guarde la hoja de instrucciones (página 1) en su archivo personal.
- Haga una copia del formulario (página 2). Mande el formulario a la QIO y guarde una copia para su archivo personal.

La QIO le informará sobre su decisión a los _____ días de haber recibido el formulario firmado.

FORMULARIO DE MEDICARE PARA QUEJAS SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

1. NOMBRE

2. NÚMERO DE MEDICARE (HICN)

3. SEXO

Hombre Mujer

FECHA DE NACIMIENTO

4. RAZA/ETNIA (*Esta sección es opcional*):

A. ¿Es usted hispano o latino? Sí No

B. ¿Cómo describiría su raza? Marque uno o más casilleros.

Nativo-americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawai o de otra Isla del Pacífico

Blanco Asiático

Negro o Afro-americano

5. NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (*si es el contacto principal para esta queja*)

6. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTACTO PRINCIPAL:

CALLE/APART.

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

TELÉFONO ALTERNATIVO

7. Mientras evaluamos su queja, ¿desea que divulguemos su nombre a su médico, proveedor o al personal involucrado en la queja?

Sí No

8. Describe brevemente el incidente o el motivo de su queja: Incluya los nombres, direcciones, fechas y horarios. Puede adjuntar hojas o documentos adicionales.

9. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ESTOY SOLICITANDO QUE LA QIO EVALÚE MI QUEJA.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O DEL REPRESENTANTE

FECHA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a un pedido de información a menos de que el formulario contenga un número de control válido de la Oficina de Administración de Personal y Presupuesto (OMB, por su sigla en inglés). El número de control válido de OMB para esta solicitud de información es 0938-1102. El tiempo requerido para preparar y distribuir este formulario es de 10 minutos por solicitud, incluido el tiempo necesario para seleccionar el formulario pre-impreso, completarlo y entregárselo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, Attn: PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850