

Formulario de Queja del Paciente

Si usted está solicitando ayuda para resolver un problema con su proveedor de diálisis, por favor de completar cada sección y devolver a la siguiente dirección o por fax. Por favor llame si tiene alguna pregunta.

HSAG: ESRD Network 15
3025 South Parker Road, Suite 820
Aurora, CO 80014
800.783.8818 (teléfono)
303.860.8392 (fax)

Información del Paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

¿Si usted no tiene un teléfono, podemos dejar un mensaje para usted en sus instalaciones? Sí No

Instalaciones Asociada con esta Queja

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Por favor marque (✓) una:

Me he dirigido a la facilidad con esta queja y no estoy satisfecho con el resultado. No estoy satisfecho porque (indique la razón):

No la he llevado esta queja a la instalacion porque (indique la razón):

Por favor marque (✓) una:

Elijo a representarme a mí mismo durante este proceso de quejas.

He elegido un representante para que me ayude en este proceso de quejas. (Completar y enviar el formulario de autorización representante adjunto.)

Por favor marque (✓) una:

- Voy a completar el formulario de Consentimiento para revelar su identidad a permitir que la Red para liberar mi identidad a las personas adecuadas en el transcurso de la tramitación de la presente queja.
- Elijo permanecer en el anonimato. Entiendo que permanecer en el anonimato puede resultar en la incapacidad de procesar totalmente mi queja. Si esto se produce, la Red notifiqúeme.

Queja

- *Por favor describa su preocupación.*
- *Por favor escriba las fechas y horas aproximadas en que ocurrió el incidente.*

Firmas

Paciente

Fecha _____

Representante del Paciente Autorizado (*si procede*)

Fecha _____

Consentimiento para Revelar su Identidad

HSAG: ESRD la Red 15 no revelará su nombre a ninguna entidad o profesional de la salud nombrado en su queja sin su consentimiento. Si usted no da permiso a la Red 15 para usar su nombre, se encargará de que su queja sea dada como una queja anónima. Una queja anónima puede ser más difícil de investigar, lo que puede evitar que sus preocupaciones sean plenamente abordados.

Por favor, indique SÍ o NO y devolver el documento firmado a: Justin Carr, Patient Services Manager

Justin Carr, Patient Services Manager

HSAG: ESRD Network 15

3025 South Parker Road, Suite 820

Aurora, CO 80014

SÍ, doy permiso para HSAG: ESRD la Red 15 para revelar mi

identidad. NO, yo no quiero que mi identidad sea revelada.

Nombre de Paciente (por favor impresión)

Fecha _____

Firma

Es importante que usted sepa que es ilegal que una instalación o su personal se vengan en contra de un paciente o de otro individuo por presentar una queja. Si en algún momento usted siente que está siendo discriminado o tratado injustamente, por favor póngase en contacto con la Red 15 o el Departamento de Servicios de Salud de inmediato.

HSAG: ESRD Network 15

3025 South Parker Road, Suite 820 Aurora,

CO 80014

800.783.8818 (teléfono) 303.860.8392 (fax)

Por favor, véase el documento adjunto para las oficinas el Departamento de Servicios de Salud del Distrito.

Formulario de Designación de Representante Personal

Designación de Representante

Yo, _____ nombre _____
(Escribe el Nombre del Paciente) (Escriba el Nombre del Representante)

para que me represente en la presentación de una queja relacionada con mi diálisis o riñón atención de transplantes.

Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso para que la información médica personal relacionada con mi queja puede ser revelada a mi representante.

Entiendo que cuando yo designo a esta persona como mi representante, él o ella se comunicará con la Red 15 y actuar en mi nombre con respecto a mi queja.

Nombre del Paciente *(por favor escribe)*

Fecha _____

Firma

Aceptación del Nombramiento

(Para ser completado por el representante)

Acepto la designación anterior.

Nombre del Representante *(por favor escribe)*

Relación del representante con el paciente. *(miembro de la familia, amigo, trabajador social, abogado)*

Firma del Representante

Fecha _____