PLAN DE SALUD MENTAL DEL CONDADO IMPERIAL
202 North Eighth Street
El Centro, CA 92243

Formulario Para Denuncia

Instrucciones: Usted puede presentar una denuncia en cualquier clinica/programa de ICBHS o envié por correo el Formularió para Denuncia en los sobres con dirección impresa a Imperial County Behavioral Health Services, Quality Management Unit, 202 N. Eighth Street, El Centro, California 92243. Usted no será sujeto a ningún castigo o descriminacón por haber presentado una Denuncia. Recibirá la decisión del Departamento dentro de 90 dias. Para asistencia o información cerca del estado de su Denuncia, llame al Representante de los Derechos de los Pacientes at 1-800-817-5292.

Nombre del Cliente:	Fecha de Nacimiento:		Fecha:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Telefono(s) Casa:	Celular:		
Representante:	Parentesco:		

Mi médico o proveedor de servicios actual es: _____

Tengo la siguiente Denuncia: _____

Pienso que la siguiente acción resolverá esta Denuncia: _____

Yo entiendo que recibiré una decisión dentro de noventa (90) días.

Cliente/Representante: _____ _____
Firma Fecha

Decisión del Departamento

Firma: _____ Fecha: _____

ICBHS 11-03 (05/18)

Upon Submitting Grievance Form:
Pink Copy: Beneficiary
Photocopy: Quality Management
Original/Cana Deputy Director/Designee

Upon Completion of the Department Decision:
Original: Beneficiary
Canary Copy Quality Management
Photocopy: Provider