



## FORMULARIO DE RECLAMOS

Por favor complete todo el formulario, fírmelo y escriba la fecha. Usted recibirá una respuesta por escrito dentro de los siguientes 5 días hábiles a partir de la fecha en que recibamos este formulario. Si usted no está de acuerdo con la respuesta, tiene el derecho de presentar una apelación.

**Usted puede presentar este reclamo en una de las siguientes cuatro maneras:**

1. Presente en el Formulario de Reclamo completo al programa donde recibe los servicios.
2. Envíe por correo el Formulario de Reclamo a:  
**Washington County Behavioral Health  
Grievances and Complaints  
5240 NE Elam Young Parkway, Suite 150 MS# 70  
Hillsboro, OR 97124**
3. Llame a la Línea de Reclamos y Quejas de Salud de Comportamiento del Condado de Washington al **(503) 846-4515** o al **1-833-266-3845**.
4. Envíe por fax al **(503) 846-3195**.

**SI USTED NECESITA ESTE FORMULARIO EN UN FORMATO DIFERENTE, COMO EN LETRA GRANDE, GRABACIÓN DE AUDIO O BRAILLE, POR FAVOR LLAME AL NÚMERO 503-846-4515.**

Su Nombre	Fecha
Nombre del Cliente (si usted no es el Cliente)	
Su Relación con el Cliente	Su Número de Teléfono
Dirección del Cliente:	
Número de Teléfono del Cliente	Fecha de Nacimiento del Cliente

¿Es esta una emergencia? Si o No (por favor marque una de estas casillas)

**Por favor díganos lo que sucedió:** ¿Cuándo sucedió? ¿Quién estuvo involucrado?  
¿Recibió una Notificación de Acción? (Adjunte cualquier documento como notificaciones, negación del servicio, facturas por servicios médicos, etc., que nos pueda ayudar a considerar su reclamo).

**¿Qué se debería hacer sobre esto?**

**Si es necesario, adjunte páginas adicionales**

**Nota:** Usted también puede presentar un reclamo en cualquier momento con Oregon Health Authority/Health Services en: 500 Summer Street NE E86, Salem, OR 97301-1118. Esto incluye su derecho a presentar un reclamo con respecto al incumplimiento con las Directivas Anticipadas o la Declaración de Tratamiento de Salud Mental.