DIVISIÓN DE PROGRAMAS DEL VIH Y ETS
600 South Commonwealth Avenue, 10th Floor
Los Angeles, California 90005

Programa de Ayuda al Cliente

El Programa de Ayuda al Cliente (CSP) de la División de Programas del VIH y ETS (DHSP) tiene como objetivo ayudar a los consumidores de servicios de VIH y ETS que han experimentado dificultades para acceder a los servicios de proveedores financiados por DHSP alrededor del condado de Los Ángeles. Si tiene una preocupación con respecto a sus servicios de VIH o ETS que no ha podido resolver directamente con el proveedor, no dude en compartirla con nosotros completando el formulario a continuación.

Puede enviarnos un correo electrónico directamente a dhspgrievance@ph.lacounty.gov o contactarnos por teléfono al **(800) 260-8787**. Por favor, siéntase libre de comunicarse con cualquier pregunta o si necesita más ayuda.

¿Qué sucede después de reportar una queja o preocupación?
El personal de DHSP se comunicará con usted con respecto a sus preocupaciones dentro de los 2 días hábiles después de recibir su formulario o mensaje. Luego trabajaremos con usted para ayudarle a resolver el problema y podemos brindarle asistencia para buscar soluciones, como presentar una queja ante el proveedor de servicios o proporcionar referencias o información sobre los servicios disponibles que satisfagan sus necesidades. Puede permanecer anónimo en este proceso si así lo prefiere.

Programa de Apoyo al Cliente

Formulario de Quejas del Cliente

Fecha:		
SU INFORMACIÓN		
Nombre (primero, segundo y apellido):	Nombre del paciente/cliente si es diferente del denunciante:	
Dirección postal:	Ciudad:	Código postal:
Número de teléfono o correo electrónico:	¿Podemos dejar un mensaje de voz? ☐ Sí ☐ No	
¿Podemos compartir su nombre con la agencia? ☐ Sí ☐ No	Idioma preferido:	
Pronombres preferidos: ☐ El ☐ Ella ☐ Ellos ☐ Otro: _____		
¿Cuál es la mejor manera de mantenerse en contacto con usted? ☐ Llamada telefónica ☐ Correo electrónico ☐ Correo ☐ Cualquiera/Sin preferencias ☐ No comunicación por escrita de DHSP ☐ Otro: _____		
COMPLETE SI AUTORIZA A UN REPRESENTANTE A PRESENTAR UNA QUEJA EN SU NOMBRE		
Nombre del representante:	Relación con el paciente/cliente:	Número de teléfono:
☐ Autorizo a la persona o entidad nombrada arriba para que actúe como mi representante en esta queja.		
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS/AGENCIA		
Nombre de la agencia:		
Dirección en donde recibió el servicio:	Cuidad:	Código postal:
Categoría de servicio: ☐ Atención Medica ☐ Atención Dental ☐ Salud Mental ☐ Nutrición / Apoyo Alimentario ☐ Pruebas de VIH / ETS ☐ Servicios de PrEP ☐ Administración de Casos ☐ Beneficios de Especialidad ☐ Servicios Legales ☐ Residencial ☐ Transporte ☐ Otro: _____		
¿Presentó una queja ante la agencia? ☐ No ☐ Sí, fecha: _____ ¿Con quién? _____ ¿Cuál fue el resultado?		

DETALLES DE LA QUEJA
Tipo de queja (marque todas las que apliquen): ☐ Acceso a la atención/servicio (negación, programación, etc.) ☐ Facturación (cobros) ☐ Confidencialidad y privacidad ☐ Inscripción/ Beneficios ☐ Desalojo ☐ Entorno de las instalaciones / Alojamiento ☐ Otro: _____ ☐ Violación de los derechos de los pacientes con VIH ☐ Calidad de la atención (i.e., atención deficil) ☐ Problemas con los proveedores médicos ☐ Problemas del personal / Servicio al cliente ☐ Personal del DHSP
Por favor, describa su queja. Adjunte páginas adicionales o documentos de respaldo. ¿Cuándo sucedió el incidente)? ¿Nombre de la persona involucrada? ¿Nombre del testigo del incidente? ¿Qué pasó?
¿Resultado deseado (lo que razonablemente resolvería esta preocupación para usted)?

PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA O PREOCUPACIÓN A LA UNIDAD DE AYUDA AL CLIENTE DE DHSP AL:

- Correo electrónico: dhspgrievance@ph.lacounty.gov
- Teléfono: (800) 260-8787
- En persona o por correo de EE. UU.:
  Division of HIV and STD Programs
  Attention: Grievance Coordinator
  600 S. Commonwealth Avenue, 10th Floor, Los Angeles, California, 90005