



División de Programas Contra el VIH y ETS

600 S. Commonwealth Ave., 10th Floor

Los Angeles, CA 90005

Programa de Ayuda al Cliente

El Programa de Ayuda al Cliente de la División de Programas Contra el 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 financiados por DHSP en el condado de Los Ángeles. Si necesita ayuda o tiene una preocupación con respecto a los servicios de VIH o ETS que no ha podido resolver directamente con el proveedor, no dude en compartir con nosotros completando el formulario a continuación.

Puede enviarnos un correo electrónico directamente a dhspsupport@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 contactar al Programa de Ayuda al Cliente de DHSP?

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. Si tiene preguntas sobre los servicios o recursos disponibles en el condado de Los Ángeles, le proporcionaremos la información que está solicitando y adónde ir para recibir los servicios. Para problemas o quejas sobre los servicios que ha recibido, 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.

Su opinión es importante para nosotros. Complete nuestra encuesta de satisfacción del cliente haciendo clic en el enlace a continuación o escaneando el código QR:

[Encuesta de satisfacción del cliente](#)



Formulario de ayuda al cliente

Fecha:		
YOUR INFORMATION		
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Podemos compartir su nombre con la agencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma preferido:	
Pronombres preferidos: <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Otro: _____		
¿Cuál es la mejor manera de mantenerse en contacto con usted? <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Cualquiera/Sin preferencias <input type="checkbox"/> No comunicación por escrita de DHSP <input type="checkbox"/> Otro: _____		
¿Qué tipo de asistencia necesita? <input type="checkbox"/> Vinculación con los servicios de VIH/ETS <input type="checkbox"/> Recursos de la comunidad <input type="checkbox"/> Presentar una queja <input type="checkbox"/> Ofrecer comentarios <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____		
Para solicitar que lo vinculen con atención o recursos: Describa la asistencia que necesita.		
Para comentarios:		

PRESENTAR UNA QUEJA: Complete el siguiente formulario y proporcione detalles específicos como pueda.

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.
 No Aplica

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS/AGENCIA

Nombre de la agencia:

Dirección en donde recibió el servicio:	Ciudad:	Código postal:
---	---------	----------------

Categoría de servicio:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atención Médica | <input type="checkbox"/> Administración de Casos |
| <input type="checkbox"/> Atención Dental | <input type="checkbox"/> Beneficios de Especialidad |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Servicios Legales |
| <input type="checkbox"/> Nutrición / Apoyo Alimentario | <input type="checkbox"/> Residencial |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de VIH / ETS | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Servicios de PrEP | <input type="checkbox"/> 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):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acceso a la atención/servicio (negación, programación, etc.) | <input type="checkbox"/> Violación de los derechos de los pacientes con VIH |
| <input type="checkbox"/> Facturación (cobros) | <input type="checkbox"/> Calidad de la atención (i.e., atención no adecuada) |
| <input type="checkbox"/> Confidencialidad y privacidad | <input type="checkbox"/> Problemas con los proveedores médicos |
| <input type="checkbox"/> Inscripción/ Beneficios | <input type="checkbox"/> Problemas del personal / Servicio al cliente |
| <input type="checkbox"/> Desalojo | <input type="checkbox"/> Personal del DHSP |
| <input type="checkbox"/> Entorno de las instalaciones / Alojamiento | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

DETALLES DE LA QUEJA

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: dhspsupport@ph.lacounty.gov
- Teléfono: (800) 260-8787
- En persona o por correo:
Division of HIV and STD Programs
Attention: Customer Support Unit
600 S. Commonwealth Ave., 10th Floor, Los Angeles, California, 90005