



## Formulario de quejas del programa de asistencia para medicamentos y seguro médico

### Instrucciones:

El uso de este formulario es opcional. Usted puede presentar una queja por escrito sin usar este formulario. Al completar todas las secciones de este formulario ayudará al Departamento de Salud Pública de California (CDPH, por sus siglas en inglés), Oficina del SIDA (OA, por sus siglas en inglés), programa de asistencia para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), el programa de asistencia para medicamentos y los programas de asistencia de seguros, a que responda a sus preocupaciones en una manera eficiente. Si usted utiliza o no este formulario, tomaremos sus preocupaciones seriamente, nosotros le responderemos, y haremos nuestro mejor intento para resolver rápidamente los asuntos que usted trae a nuestra atención.

### Información de contacto:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de identificación del cliente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está bien dejar un mensaje en este número?                      Si                      No

Si no, ¿Cuál es la mejor hora del día para encontrarlo? \_\_\_\_\_

Seleccione todos los que apliquen:

- |                                       |                               |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Soy un cliente de ADAP                | Soy un cliente de PrEP-AP     |
| Soy un trabajador de inscripción ADAP | Soy un Proveedor de PrEP-AP   |
| Soy un farmacéutico                   | Soy ninguno de los anteriores |

### Detalles de la queja:

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_

¿Quién estuvo involucrado en el incidente? (seleccione todos los que apliquen)

- |                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| Personal del centro de llamadas | OA Personal de OA      |
| Trabajadores de inscripción     | Clínica/clínico        |
| Farmacia/Farmacéutico           | Otro                   |
| Pool Administrators Inc. (PAI)  | Magellan Rx Management |



Nombre del individuo(s) y/o el sitio de inscripción involucrado (si es aplicable)

Por favor describa su preocupación y las acciones o inacciones que lo llevaron a su insatisfacción, y cómo le gustaría que se resolviera esta situación. Si necesita más espacio, añada páginas adicionales y cualquier documentación que respalde su queja, si es aplicable.

¿Hay paginas adicionales o documentación de soporte añadidas?      No      Si

Si sí, ¿Cuántas? \_\_\_\_

Tipo de documentación de respalde: \_\_\_\_\_

La ley de prácticas de información de 1977 (California CC, sección 1798,17) y la ley federal de privacidad (5 USC 552a, SubD. (3)) requieren que este aviso sea proporcionado al coleccionar la información personal de individuos. La información solicitada en este formulario es solicitada por el Departamento de Salud Pública de California, Oficina del SIDA, para propósitos de identificación y asistencia a nosotros mientras trabajamos para resolver el problema que usted nos está contratando para ayudarle. El proveer de la información solicitada en este formulario es voluntario. Si usted no proporciona toda la información solicitada en este formulario todavía trataremos de ayudarle a resolver su problema, pero la información que falta puede retrasarnos o impedirnos resolver el problema. La información solicitada en este formulario se utiliza para determinar su identidad y qué asistencia le podemos proporcionar, y para identificar los obstáculos que han retrasado o impedido que la asistencia se dé.

Referencias legales autorizando el mantenimiento de esta información Código de Salud y Seguridad Secciones 120950 a 120971; y Código de Salud y Seguridad Sección 131085.

Esta información puede ser divulgada a los contratistas y proveedores de ADAP si esto es necesario o útil a medida que trabajamos para abordar y resolver su preocupación. Usted tiene el derecho de revisar su propia información personal mantenida por el Departamento de Salud Pública de California a menos que el acceso esté exento por la



ley. Usted puede solicitar su propia información personal contactando a el Departamento de Salud Pública de California, oficina del SIDA, en 1616 Capitol Avenue, Sacramento, CA 95814, MS 7700 P.O. Box 99726, Sacramento, CA 95899-7426.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_