

# Formulario de Queja del Paciente

Si usted está solicitando ayuda para resolver un problema con su proveedor de diálisis, favor de completar cada sección y devolver a la siguiente dirección o por fax. Por favor llame si tiene alguna pregunta.

**HSAG: ESRD Network 17**  
**(Red 17 de enfermedad renal en etapa terminal [ESRD, por sus siglas en inglés])**  
3000 Bayport Dr. Suite 300 Tampa, FL 33607  
Teléfono: 800.232.3773 Fax: 415.897.2422

## Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

¿Si usted no tiene un teléfono, podemos dejar un mensaje para usted en sus instalaciones?  Sí  No

## Instalación Asociada con esta Queja

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor marque (✓) una:

He trabajado con la instalación sobre esta queja y no estoy satisfecho con el resultado. No estoy satisfecho porque (indique la razón):

NO la he llevado esta queja a la instalación porque (indique la razón):

Por favor marque (✓) una:

Elijo a representarme a mí mismo durante este proceso de quejas.

He elegido un representante para que me ayude en este proceso de quejas. *(Completar y enviar el formulario de autorización representante adjunto.)*

Por favor marque (✓) una:

- Voy a completar el formulario de Consentimiento para revelar su identidad a permitir que la Red revele mi identidad a las personas necesarias para poder procesar mi queja.
- Elijo permanecer en el anonimato. Entiendo que permanecer en el anonimato puede resultar en la incapacidad de procesar totalmente mi queja. Si esto se produce, la Red me notificará.

## Queja

- *Por favor describa su preocupación con el mayor detalle posible.*
- *Por favor escriba las fechas y horas aproximadas en que ocurrió el incidente.*

## Firmas

Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Representante del Paciente Autorizado (*si aplica*)

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Consentimiento para Revelar su Identidad

HSAG: la Red 17 de ESRD no revelará su nombre a ninguna entidad o profesional de la salud nombrado en su queja sin su consentimiento. Si usted no da permiso a la Red 17 para usar su nombre, se encargará de que su queja sea dada como una queja anónima. Una queja anónima puede ser más difícil de investigar.

Por favor, indique SÍ o NO y devolver este documento firmado a:

HSAG: ESRD Network 17 (Red 17 de ESRD)  
Patient Services Department  
3000 Bayport Dr., Suite 300  
Tampa, FL 33607

SÍ, doy permiso a HSAG: Red 17 de ESRD para revelar mi identidad.

NO, no quiero que mi identidad sea revelada.

Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Es importante que sepa que es ilegal que un centro o su personal tomen represalias contra un paciente u otra persona por presentar una queja. Si en algún momento siente que está siendo discriminado o tratado injustamente, comuníquese con Red 17 de ESRD al 800.232.3773 o con su agencia de encuestas de inmediato. Consulte el documento adjunto para las agencias de encuestas (por sus siglas en inglés, "Survey Agencies") de Red 17 de ESRD.

# Formulario de Designación de Representante Personal

## Designación de Representante

Yo, \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_  
(Escribe el Nombre del Paciente) (Escriba el Nombre del Representante)

para que me represente en la presentación de una queja relacionada con mi diálisis o riñón atención de trasplantes.

Entiendo que, al firmar este formulario, doy permiso para que la información médica personal relacionada con mi queja puede ser revelada a mi representante.

Entiendo que cuando yo designo a esta persona como mi representante, él o ella se comunicará con la Red 17 de ESRD y actuar en mi nombre con respecto a mi queja.

Nombre del Paciente *(por favor escribe)*

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## Aceptación del Nombramiento

*(Para ser completado por el representante)*

Acepto la designación anterior.

Nombre del Representante *(por favor escribe)*

\_\_\_\_\_

Relación del representante con el paciente. *(miembro de la familia, amigo, trabajador social, abogado)*

\_\_\_\_\_

Firma del Representante

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Red 17 de ESRD Agencias de Encuestas: Licencia y Certificación

### Oficina de Distrito de Chico

<b>Condados</b>	Butte, Colusa, Glenn, Lassen, Modoc, Nevada, Plumas, Shasta, Sierra, Siskiyou, Sutter, Tehama, Trinity, Yuba		
<b>Dirección</b>	126 Mission Ranch Blvd. Chico, CA 95926		
<b>Teléfono</b>	530.895.6711 o 800.554.0350	<b>Fax</b>	530.895.6723

### Región 9 de CMS (Centros de Servicio para Medicare y Medicaid, CMS por sus siglas en inglés)

<b>Condados</b>	California, Hawái, Guam, Samoa Americana, Saipán (también Arizona y Nevada)		
<b>Dirección</b>	90 7th Street, Suite 5-300, San Francisco, CA 94103-6706		
<b>Teléfono</b>	415.437.8096	<b>Fax</b>	415.437.8004

### Oficina de Distrito de East Bay

<b>Condados</b>	Alameda, Contra Costa		
<b>Dirección</b>	850 Marina Bay Parkway, Building P, 1st Floor, Richmond, CA 94804-6403		
<b>Teléfono</b>	510.620.3900 o 866.247.9100	<b>Fax</b>	510.620.3924

### Oficina de Distrito de Fresno

<b>Condados</b>	Fresno, Kings, Madera, Mariposa, Merced, Stanislaus		
<b>Dirección</b>	285 West Bullard, Suite 101, CA 93704		
<b>Teléfono</b>	559.437.1500 o 800.554.0351	<b>Fax</b>	559.437.1555

### Oficina de Distrito de Redwood/Santa Rosa

<b>Condados</b>	Napa, Solano, Marin, Sonoma, Humboldt, Lake, Del Norte, Mendocino		
<b>Dirección</b>	2170 Northpoint Parkway, Santa Rosa, CA 95407		
<b>Teléfono</b>	707.576.6775 o 866.784.0703	<b>Fax</b>	707.576.2418

### Oficina de Distrito de Sacramento

<b>Condados</b>	Alpine, Amador, Calaveras, El Dorado, Placer, Sacramento, San Joaquin, Tuolumne, Yolo		
<b>Dirección</b>	3901 Lennane Drive, #210, Sacramento, CA 95834		
<b>Teléfono</b>	916.263.5800 o 800.554.0354	<b>Fax</b>	916.263.5840

## Oficina de Distrito de San Francisco

<b>Condados</b>	San Francisco, San Mateo, Santa Clara (Cupertino, Los Altos, Mountain View, Palo Alto, Stanford, Santa Clara, Saratoga, Sunnyvale)		
<b>Dirección</b>	150 North Hill Drive, #22, Brisbane, CA 94005		
<b>Teléfono</b>	415.330.6353 o 800.554.0353	<b>Fax</b>	415.330.6350

## Oficina de Distrito de San Jose

<b>Condados</b>	Monterey, San Benito, Santa Clara, Santa Cruz, San Jose		
<b>Dirección</b>	100 Paseo de San Antonio, #235, San Jose, CA 95113		
<b>Teléfono</b>	408.277.1784 o 800.5554.0348	<b>Fax</b>	408.277.1032

## Departamento de Salud Pública del Estado de California

<b>Dirección</b>	P.O. Box 997377, MS 3001, Sacramento, CA 95899-7377		
<b>Número de Teléfono Gratuito</b>	800.236.9747		

## Departamento de Salud Pública del Estado de Hawái

<b>Dirección</b>	601 Kamokila Boulevard, Room 395, Kapolei, HI 96707		
<b>Oficina del Aseguramiento de Atención Médica</b>	808.692.7420		
<b>Sección de Fax de Medicare</b>	808.692.7447		