

## Formulario de Reclamos

Utilice este formulario para comunicar cualquier problema que no haya sido capaz de resolver en relación con su atención o interacción con el personal. Si desea notificarnos alguna preocupación o hacer una recomendación, complete este formulario y entrégueselo a algún miembro del personal, envíelo por correo electrónico o por fax a la Coordinadora de Reclamos:

**Nombre:** Jessica Fucito

**Línea directa del correo de voz para reclamos:** 970-335-2445

**Teléfono:** 970-335-2205 | **Fax:** 970-259-1664

**Dirección:** 150 Mercury Village Drive, Durango, CO 81301

[jfucito@axishealthsystem.org](mailto:jfucito@axishealthsystem.org)

O la Behavioral Health Administration Complaints Department telephone (303)-866-7191;  
[CDHS\\_BHA\\_complaint@state.co.us](mailto:CDHS_BHA_complaint@state.co.us); Administration 710 S. Ash St., Ste. C140, Denver CO, 80246

**Si necesita ayuda para completar este formulario, puede solicitarla a cualquier miembro del personal o comunicarse con la Coordinadora de Reclamos para que le ayude a hacerlo por teléfono.**

**Personal del AHS:** escanee y envíe el formulario completo a: [GET.GRIEVANCE.HELP@axishealthsystem.org](mailto:GET.GRIEVANCE.HELP@axishealthsystem.org) o envíelo por fax al (970) 259-1664.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_ **Fecha del incidente:** \_\_\_\_\_

**Marque las categorías que aparecen a continuación que mejor describan su(s) problema(s):**

- ☐ Tratamiento o diagnóstico      ☐ Facturación o financiero      ☐ Citas y programación
- ☐ Retraso en la atención o tratamiento    ☐ Atención al cliente – Proveedor    ☐ Atención al cliente – Otro
- ☐ Otro, explique: \_\_\_\_\_

**1. Naturaleza del reclamo:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Ubicación y personal:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Indique cualquier detalle o comentario adicional que no se haya incluido anteriormente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. ¿Ha hecho algo para intentar resolver el problema?**

---

---

---

**5. Información de contacto:**

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tipo: *hogar* ☐ *cel.* ☐ *trabajo* ☐ *Se puede dejar un mensaje de voz* \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C. P.: \_\_\_\_\_