

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

O la Behavioral Health Administration Complaints Department telephono (303)-866-7191;
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 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.: _____