



CONDADO DE YOLO

Agencia de Servicios de Salud y Humanos Salud
Conductual

Para uso oficial únicamente:

MR # _____

EL FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL CLIENTE Y ENVIADO A GESTIÓN DE CALIDAD

FORMULARIO DE QUEJA

137 N. Cottonwood St., Woodland, CA 95695, 530-666-8788, Lada gratuita 888-965-6647, TDD 800-735-2929, Fax 530-666-8637

Nombre del beneficiario: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Por favor imprima o escriba claramente)

Fecha de Nacimiento: _____ Idioma preferido: _____

Dirección de casa: _____ NSS: XXX-XX-_____

Ciudad: _____ CP: _____ Teléfono: _____

Usa un Representante Autorizado: No Sí De ser así, Nombre: _____
Teléfono: _____

Clínica o Proveedor: _____

Por favor, Cuéntenos Sobre su Queja: _____

¿Cómo le Gustaría que las Cosas se Resolvieran? _____

Firma del Beneficiario: _____ **Fecha:** _____