

**Si precisa asistencia para completar este formulario:**

Usted puede pedirle ayuda a cualquier miembro del personal de Servicios para Problemas con el Alcohol y las Drogas.

Puede llamar a Servicios para Miembros.  
(916) 875-6069

Número gratuito 1-888-881-4881  
TTY (916) 876-8853

Puede llamar al Defensor de Derechos de los Pacientes.  
(916) 333-3800

**Sacramento County Board of Supervisors**

Phil Serna, 1<sup>er</sup> Distrito  
Patrick Kennedy, 2<sup>do</sup> Distrito  
Susan Peters, 3<sup>er</sup> Distrito  
Sue Frost, 4<sup>to</sup> Distrito  
Don Nottoli, 5<sup>to</sup> Distrito

**Ejecutivo del condado**

Navdeep S. Gill

**Department of Health Services**

Peter Beilenson, MD, MPH, Director

**Division of Behavioral Health**

Ryan Quist, Ph.D.

Director de Servicios de Salud Conductual

Sacramento County MHP cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Publicado por:  
The County of Sacramento  
Division of Behavioral Health  
11-4-2019

Sacramento County Alcohol and Drug Services  
Quality Management, Member Services  
7001A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823

Sacramento County Alcohol and Drug Services  
Quality Management – Member Services  
7001-A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823

Sello  
obligatorio



**Sacramento County  
Alcohol And Drug  
Services**

**Formulario  
de queja**

## Queja

**Nota:** La presentación de una queja no afectará de manera adversa a sus servicios con Sacramento County Alcohol and Drug Services. El miembro será contactado por Servicios para Miembros y recibirá una respuesta por escrito dentro de los noventa (90) días naturales. Por favor, complete este formulario, luego debe plegarlo y colocarlo en un sobre, sellarlo y enviarlo por correo.

**Por favor, escriba en letra de imprenta o en letra cursiva legible.**

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

Lugar del servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si el cliente es menor de edad, escriba el nombre del tutor legal que presenta la solicitud en representación del menor: \_\_\_\_\_

Dirección  
(Ciudad/Estado/Código postal): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (indique el mejor horario para llamar): \_\_\_\_\_

**Describa el o los motivos para presentar una queja.  
Sea específico, incluya nombres, fechas y horas toda vez que sea posible**

Fecha(s) del incidente: \_\_\_\_\_

**1. Describa la queja o la naturaleza de la queja. Por favor, adjunte más páginas si es necesario:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. ¿Ha intentado resolver el(los) problema(s) antes de presentar la queja?**

**Sí.** Por favor, describa lo que ha hecho para intentar resolver el problema, e incluya los resultados:

---

---

**No,** no he hecho intentos previos para resolver la queja.

**3. ¿Qué le gustaría que sucediera para resolver esta queja?**

---

---

**Entiendo que seré contactado en relación con esta solicitud dentro de los próximos treinta (30) días naturales**

Firma de la persona que realiza esta queja: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_