

Formulario de Queja

Antes de presentar una queja

Antes de presentar una queja a la Comisión, quizás sea útil contactar con el Servicio de Información (Inquiry Service) llamando al **(02) 9219 7444** ó, llamada gratuita en Nueva Gales del Sur, **1800 043 159**, para hablar sobre su queja o pedir ayuda.

Servicio de Traducción e Interpretación

Si necesita un intérprete, póngase en contacto con el Servicio de Traducción e Interpretación (Translating and Interpreting Service/TIS National) llamando al **131 450** y pida que le conecten con la Comisión llamando a **1800 043 159** (de lunes a viernes, 9:00hrs - 17:00hrs).

Deseo presentar una queja a la Comisión de Quejas de Atención de la Salud (Health Care Complaints Commission) - mis datos son:

Sr./Sra./Srta. (otro) _____ Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Código Postal _____ Estado _____

Teléfono: (horario oficina) _____ (después de horas) _____

Celular _____ Fax _____

Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Mi idioma preferido (de no ser el inglés) es _____

La mejor manera de contactarme es _____

He hablado con un Funcionario de Información antes de presentar esta queja.

Sí **No**

Presento esta queja en nombre de: **Mí mismo** (ir a página 2 de este formulario)

Otra persona (completar los datos de más abajo)

Los datos de la persona que recibió el servicio son:

Sr./Sra./Srta. (otro) _____ Nombre de Pila _____ Apellido _____

Dirección _____

Código Postal _____ Estado _____

Teléfono (horario oficina) _____ (después de horas) _____

Celular _____ Fax _____

Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

¿Ha fallecido la persona? **Sí** (si es positivo, vaya a la página siguiente) **No**

¿La persona sabe que usted está presentando una queja? **Sí** **No**

Mi relación con la persona es (por ejemplo hermana, padre o madre, cuidador) _____

El idioma preferido de la persona (de no ser inglés) es _____

Deseo presentar una queja sobre:

Proveedor Uno

Nombre del Proveedor de Servicio de Salud: _____

Dirección _____

Código Postal _____ Estado _____

Teléfono _____

Tipo de proveedor de servicio de salud (por ejemplo médico, enfermera, dentista, hospital) _____

Especialista en (de corresponder): _____

Proveedor Dos

Nombre del Proveedor de Servicio de Salud: _____

Dirección _____

Código Postal _____ Estado _____

Teléfono _____

Tipo de proveedor de servicio de salud (por ejemplo médico, enfermera, dentista, hospital) _____

Especialista en (de corresponder): _____

Si hay más de un proveedor de servicio de salud sobre el que usted desee quejarse, adjunte sus datos al dorso, en una hoja de papel aparte

Mi queja es:

Use el espacio de más abajo para proporcionar una breve reseña de su queja. Es útil incluir qué sucedió, cuándo sucedió, quién estuvo involucrado y adjuntar todo documento pertinente al dorso de este formulario.

Los temas que me preocupan principalmente son:

Como resultado de mi queja deseo que:

¿Me he dirigido al proveedor de servicio de salud con respecto a esta queja? Sí No

Si la respuesta es positiva, ¿cuál fue el resultado?

¿Me he quejado a otra organización sobre el mismo tema? Sí No

Si la respuesta es positiva, proporcione datos

La Comisión enviará una copia de esta queja a los proveedores de servicios de salud que usted haya identificado en su queja y les pedirá que proporcionen una respuesta a la Comisión.

Estoy de acuerdo en que se envíe una copia de mi queja con este fin. Sí No

De no ser así, informe a la Comisión el por qué.

Tener el consentimiento de la persona que recibió el servicio asistiría a la Comisión, de manera que la Comisión pueda pedir una copia de su historial médico, de necesitarse. Si usted se queja en nombre de otra persona, pídale que proporcione este consentimiento, de ser posible.

Yo , _____, consiento en que la Comisión tenga acceso a mi historial médico personal a efectos de evaluar la queja.

Firma _____ Fecha ____/____/____

Antes de enviar el formulario, verifique haber:

- Completado el formulario de queja
- Proporcionado datos del proveedor de servicio de salud sobre el cual usted se queja
- Identificado claramente sus inquietudes
- Adjuntado copias de todo otro documento o información. No envíe documentos originales.

Envíe la información a:

The Commissioner
Health Care Complaints Commission
Locked Mail Bag 18
STRAWBERRY HILLS NSW 2012

Para contactarnos

Teléfono: (02) 9219 7444 Llamada gratuita en Nueva Gales del Sur: 1800 043 159

Facsimil: (02) 9281 4585

Teletipo (para personas con problemas de audición): (02) 9219 7555

Correo Electrónico: hccc@hccc.nsw.gov.au

Sitio Web: www.hccc.nsw.gov.au

Proporcionar información falsa o engañosa a la Comisión es un delito.

Declaración de Respeto a la Intimidad

La Comisión no revelará ninguna información que usted le proporcione, más que para cumplir con sus funciones conforme con la Ley de Quejas de Atención de la Salud (Health Care Complaints Act).

Díganos: ¿Cómo se enteró de la existencia de la Comisión?

- Internet
- Guía Telefónica
- Folleto/afiche
- Concurrí a una presentación
- Por pariente/amigo(a)
- Proveedor de servicio de salud
- Me he quejado a la Comisión anteriormente
- Otro (especificar) _____