

## **Procedimientos de queja formal para menores y familias que reciben servicios de proveedores en la red TERM**

Los clientes referidos por los Servicios de Bienestar al Menor (Child Welfare Services, CWS) del condado de San Diego y Libertad Condicional (Probation) para Menores del condado de San Diego para evaluaciones de salud mental, así como los clientes referidos por los Servicios de Bienestar al Menor para tratamientos de salud mental, reciben servicios a través de la red de proveedores Optum TERM (red de gestión de recursos de tratamiento y evaluación). Como cliente, usted tiene derecho a recibir estos servicios de un proveedor de salud mental calificado. Además, tiene derecho a expresar sus inquietudes si algo no está bien con su cuidado, por ejemplo, si no está satisfecho con el tratamiento que recibe o siente que lo trataron de manera irrespetuosa.

### **¿QUÉ SON LAS QUEJAS FORMALES?**

Las quejas formales son una expresión de inconformidad con los servicios. Al presentar una queja formal, usted podrá solicitar la investigación de sus inquietudes acerca del servicio de salud mental que está recibiendo.

### **MANERAS DE RESOLVER SU PROBLEMA**

Si tiene alguna inquietud con los servicios que está recibiendo de un proveedor en la red TERM, por lo general la manera más fácil y más rápida de resolverla es hablar directamente con su proveedor, o con el trabajador de social de protección de los Servicios de Bienestar al Menor o el oficial de libertad condicional (probation) que corresponda. También puede usar este proceso de quejas de Optum TERM como ayuda para resolver sus inquietudes A través de una queja formal.

### **¿CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL?**

- Por escrito: llene [la forma de quejas para menores y familias de proveedores en TERM](#) disponible en el sitio web de Optum en [www.optumsandiego.com](http://www.optumsandiego.com) (una vez en el sitio web, haga click en la pestaña *Consumers & Families* [Consumidores y familias] en la parte superior de la página). Las instrucciones para enviar el formulario a Optum por fax o por correo están incluidas en la forma.
- Por teléfono: Si desea obtener ayuda llame al 1-877-824-8376, opción 4.

### **SUS DERECHOS DURANTE EL PROCESO**

- Usted tiene derecho a no sufrir discriminación ni recibir multas por presentar una queja formal
- Usted tiene derecho a que se respete su confidencialidad



- Usted tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto, en el idioma que usted desee

## **AYUDA CON EL PROCESO**

Si necesita ayuda para presentar una queja formal sobre servicios de salud mental recibidos a través de un proveedor en la red TERM, llame al 1-877-824-8376 y seleccione la opción 4.

## **BENEFICIARIOS DE MEDI-CAL**

Si usted es beneficiario de Medi-Cal, también puede comunicarse con el Centro para la Defensa y Educación de Salud del Consumidor (Consumer Center for Health Education and Advocacy, CCHSA), un programa dirigido por Legal Aid Society of San Diego, Inc.

Dirección: 1764 San Diego Avenue, Suite 200

Teléfono (número gratuito): 877-734-3258

TTY: 877-735-2929

Fax: 619-471-2782

Sitio web: [www.lassd.org](http://www.lassd.org)

**El Centro para la Defensa y Educación de Salud del Consumidor ofrece ayuda con los siguientes derechos del consumidor\*:**

- Recibir servicios de profesionales competentes
- Mantener la confidencialidad de su información
- Obtener información sobre posibles opciones e información de sus servicios
- Participar en la toma de decisiones sobre sus servicios
- Recibir un trato justo y que se protejan sus derechos
- Presentar una queja formal sobre sus servicios sin temor a represalias
- Presentar una apelación si le niegan, reducen o interrumpen sus servicios

\* Descargado del sitio web de LASSD el 28 de enero de 2016

<http://www.thecentersd.org/pdf/health-advocacy/cchea-advocacy-brochure.pdf>

## **OTRAS INQUIETUDES SOBRE EL CASO**

Si usted es un menor o un familiar con una inquietud sobre un trabajador social el caso, puede llamar a la **Oficina del Defensor del Afiliado (Ombudsman)** de los Servicios de Bienestar al Menor de la Agencia de Salud y Servicios Humanos del condado de San Diego al **619-338-2098**.

### **Oficina del Defensor del Afiliado (Ombudsman):**

- Investiga políticas y procedimientos para ayudar a resolver las quejas
- Ofrece información y responde preguntas



- Procesa y supervisa quejas con relación a los Servicios de Bienestar al Menor
- Lleva a cabo revisiones internas de quejas sobre la política, los procedimientos y la práctica del trabajo social
- Facilita la resolución de quejas de una manera objetiva e imparcial
- Da información sobre hallazgos y hace recomendaciones a la gerencia para garantizar que las políticas y prácticas cumplan con las leyes federales y estatales y sean congruentes con la misión y las metas de los Servicios de Bienestar al Menor
- Ofrece recursos sobre otras agencias no relacionadas con Servicios de Bienestar al Menor

**FORMULARIO DE QUEJAS SOBRE PROVEEDORES DE TERM  
PARA EL USO DE LOS MENORES Y SUS FAMILIAS  
QUE ESTÁN RECIBIENDO SERVICIOS DE PROVEEDORES DE TERM\***

Llene este formulario a mano o a máquina. No es obligatorio usar este formulario para presentar una queja. Cuanta más información pueda brindar, más fácil será investigar y resolver la queja rápidamente. Es posible que el personal de Optum TERM se comunique con usted para obtener más información. Le informaremos la decisión definitiva sobre esta queja, pero los detalles se mantendrán en privado.

Llene el formulario y envíelo a Optum TERM:

**Fax:** 877-624-8376

**Dirección Postal:** Optum TERM, PO Box 601340, San Diego, CA 92160-1340

**NOTA:** Ciertos profesionistas tienen un formulario de queja aparte. Si usted forma parte del personal de Servicios de Bienestar Social del Menor (Child Welfare Services, CWS), consulte el Manual de Normas del CWS para ver instrucciones sobre la presentación de quejas sobre proveedores de TERM.

---

**INFORMACIÓN SOBRE USTED**

**Nombre:**

**Número de teléfono  
(con código de área):**

**Dirección de correo electrónico:**

**Dirección postal:**

**Su relación con el Cliente:**

Soy el cliente que ha recibido servicios. Soy (marque una opción):  Menor  Padre/Madre

Soy el padre/madre biológico(a) de un menor y tengo quejas sobre los servicios que ha recibido.

Soy padre/madre de crianza de un menor y tengo quejas sobre los servicios que ha recibido.  
Soy  Familiar  Miembro de la familia extensa  Padre/Madre de crianza

**Nombre del trabajador social de Servicios de Bienestar Social del Menor o del oficial de Libertad Condicional Juvenil para este caso:**

---

**INFORMACIÓN SOBRE EL CLIENTE**

**Nombre del Cliente:**

**Fecha de nacimiento:**

**Servicios de terapia o evaluación que fueron parte de un (marque una o las dos opciones):**

Caso de Bienestar Social del Menor  Caso de Libertad Condicional Juvenil

---

**INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR**

**Nombre del proveedor:**

**Número de teléfono:**

**Agencia (si el proveedor trabajaba en una organización):**

**Las inquietudes o quejas son sobre un (marque una o las dos opciones):**

Terapeuta  Evaluador que realizó una evaluación psicológica

**FORMULARIO DE QUEJAS SOBRE PROVEEDORES DE TERM  
PARA EL USO DE LOS MENORES Y SUS FAMILIAS  
QUE ESTÁN RECIBIENDO SERVICIOS DE PROVEEDORES DE TERM\***

---

**NOTA:** Este formulario se compartirá con el proveedor. Los servicios para usted o su familia NO se verán afectados si usted presenta una queja. Si le preocupa tener consecuencias negativas, puede comunicarse con el trabajador social de Servicios de Bienestar Social del Menor o con el Oficial de Libertad Condicional Juvenil.

**Explique sus quejas sobre los servicios recibidos (agregue más páginas si es necesario):**

---

**NOTA:** No es necesario que intente resolver sus preocupaciones con el proveedor antes de presentar una queja. Sin embargo, es útil saber si ha intentado hablar sobre estos asuntos.

**¿Habló con el proveedor sobre estas inquietudes?**  Sí  No

**Si lo hizo, indique la(s) fecha(s) de contacto:**

**Describa lo que le dijo al proveedor sobre sus quejas y cuál fue la respuesta del proveedor:**

---

**Describa cualquier documentación que usted tenga que le ayude a explicar sus quejas:**

**¿Piensa que Optum TERM ya tiene este documento?**  Sí  No

**Si piensa que no, envíe la documentación con este formulario.**

**Si no puede compartir esta información, explique por qué:**

Indique los nombres y números de teléfono de otras personas (proveedores de tratamiento, miembros de la familia, otros profesionistas) que estén dispuestos a compartir información adicional con Optum TERM.

**Nombre de la persona:**

**Número de teléfono:**

**Nombre de la persona:**

**Número de teléfono:**

**Su Nombre (escriba en letra clara):**

**Su Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:**

**Optum TERM le mandará un aviso dentro de tres días hábiles informando que la queja ha sido recibida.**