



### Formulario de queja de la Oficina de atención de VIH (OHC)

Complete el formulario en su totalidad y envíelo a: Judy Caballeros por correo electrónico [hivinfo@acgov.org](mailto:hivinfo@acgov.org) o envíe un fax al 510-268-7631. También puede enviarlo por correo postal estadounidense a: Grievances c/o Office of HIV Care, 1100 San Leandro Blvd, 3<sup>rd</sup> floor, San Leandro, CA 94577

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

Usted es  cliente  familiar  cuidador

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Queja en contra de: \_\_\_\_\_  
*Agencia y/o personal*

¿Ha pasado por el procedimiento de quejas de su agencia?  Sí  No

¿Ha dejado de recibir servicios debido a este problema?  Sí  No

1. Describa en detalle el problema de la queja. Incluya fechas, hora y lugar del problema inicial, proveedor o miembro del personal involucrado.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Qué intentos se hicieron para resolver el problema?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Qué le gustaría que sucediera?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**No complete esta sección. Solo para uso de OHC.**

¿El cliente entregó el formulario de autorización de divulgación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Personal de OHC	Carta enviada al cliente	Fecha de envío
Personal de OHC	Carta enviada a la agencia	Fecha de envío



Puede usar el espacio a continuación para agregar detalles adicionales de su reclamo.


**Seguimiento de la Oficina (SOLO para uso de la Oficina de atención de VIH)**

Seguimiento del **participante** *(incluya fecha, personal de OHC)*


Seguimiento de la **agencia** *(incluya fecha, personal de OHC)*
