

FORMULARIO DE QUEJA PARA HOGARES DE ANCIANOS

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dar información sobre usted permitirá al personal del Departamento comunicarse con usted si se necesitara información adicional. Tenemos como política mantener su nombre confidencial. Podría ser necesario compartir la naturaleza de su queja, o el nombre del residente o el suyo con el establecimiento.

Use una "X" para las respuestas a las preguntas cuyas opciones sean "No"/"Sí"

¿QUIERE PERMANECER ANÓNIMO? (Vea la explicación que figura arriba) No Sí

Dé su información de contacto al Departamento.

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Estado: _____

Teléfono de contacto durante el día: _____

Teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Cuál es su relación con el residente? _____

INFORMACIÓN SOBRE EL RESIDENTE (obligatorio)

Nombre: _____ Apellido: _____

Lugar actual: Hogar de ancianos Hospital Otro, explicar _____

Fecha de alta del hogar de ancianos, si corresponde: _____

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del hogar de ancianos: _____

Dirección del hogar de ancianos: _____

Ciudad del hogar de ancianos: _____ Número de habitación _____

INFORMACIÓN DE LA QUEJA

¿En qué fecha ocurrió lo que le preocupa? _____

¿Está involucrada la Policía? No Sí

¿Se siguió el plan de atención? No Sí

¿Presentó una queja ante el establecimiento? No Sí

¿Resolvieron su preocupación? No Sí

¿Hay otros residentes afectados por lo que le preocupa? No Sí

Describa brevemente su queja e incluya si participaron otros residentes, algún miembro del personal y algún testigo:

INSTRUCCIONES

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York revisa las quejas relacionadas con la atención y los servicios de residentes que se dan en un hogar de ancianos que afectó de manera directa o indirecta al residente. Para presentar una queja sobre los servicios prestados, complete este formulario y envíelo aquí:

**NYSDOH
DRS/SNHCP
Mailstop: CA/LTC
Empire State Plaza
Albany, NY 12237**

o

Fax: (518) 408-1157

o

Correo electrónico: nhintake@health.state.ny.us

Las quejas se aceptarán si el evento ocurrió en el año previo a la presentación de la queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Para procesar su queja en tiempo y forma:

- Escriba a máquina o en letra de molde de forma clara.
- Complete el formulario en su totalidad, incluyendo su información de contacto.
- Incluya los nombres y los números de teléfono de las personas ante las que ya haya presentado una queja.
- Adjunte copias de material impreso que respalde su preocupación (**no presente los originales**).

El Departamento de Salud tiene la autoridad conferida por los centros para los servicios de Medicare y Medicaid para investigar las quejas y los eventos que ocurren en hogares de ancianos que tengan o puedan tener un resultado negativo para los residentes. Es función del Departamento de Salud (DOH) asegurar que los establecimientos cumplan los requisitos reglamentarios e investigar casos de abuso, abandono o maltrato.

Los tipos más frecuentes de quejas incluyen: accidentes, cambios en la condición médica que no se tratan en tiempo y forma, problemas de admisión y alta, y problemas de limpieza y mantenimiento.

El personal profesional revisará sus preocupaciones y determinará cómo procederá el Departamento.

Si tiene preguntas, comuníquese con el Centralized Complaint Intake Program (Programa centralizado de toma de quejas) llamando al 1-888-201-4563, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:45 p. m., excepto en días feriados.