

## FORMULARIO PARA QUEJAS POR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE MEDICARE

### INFORMACIÓN PARA AYUDARLO A LLENAR EL FORMULARIO “QUEJAS POR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN”

El Programa de Medicare trabaja para garantizar que sus beneficiarios reciban la mejor atención médica posible. Nosotros nos tomamos muy en serio sus preocupaciones y nos gustaría recibir información adicional que nos ayude a revisar su pedido. Usar este formulario será una garantía de que procesaremos su preocupación de una manera eficaz. Las Organizaciones para la Mejora de la Calidad (QIO), bajo contrato con Medicare, tienen que revisar todas las quejas que los beneficiarios envíen por escrito sobre la calidad de los servicios que no cumplan con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente. Usted puede comunicarse con una QIO para que lo ayude a rellenar este formulario o para asistencia general en relación con su queja.

Use estas instrucciones donde se le explica paso por paso cuándo debe completar un formulario de “Quejas por la calidad de la atención.” No olvide completar todas las secciones del formulario. Además, si se ha incluido su información personal en este formulario porque usted ya se ha comunicado con la QIO de su estado, sírvase revisar dicha información para confirmar que está correcta.

1. Escriba en letra de molde el nombre del beneficiario de Medicare que ha puesto una queja relacionada con la calidad de la atención médica que él/ella ha recibido.
2. Incluya el número de Medicare del beneficiario (HICN) si lo sabe.
3. Marque la casilla que corresponde al sexo de la persona que aparece en el número 1. Además, si la sabe, indique la edad del beneficiario en el espacio en blanco designado para esa información.
4. Marque la(s) casilla(s) que corresponde(n) a la raza/etnia de la persona que aparece en el número 1. Esta información es totalmente voluntaria y no influirá en el modo en el que se procese su queja.
5. Escriba en letra de molde el nombre del representante autorizado del beneficiario si otra persona que no sea el beneficiario será la persona de contacto para procesar la queja.
6. Escriba en letra de molde la información de contacto del beneficiario o del representante autorizado del beneficiario si otra persona que no sea el beneficiario será la persona de contacto para procesar la queja.
7. Ofrezca una breve descripción del incidente o preocupación. La descripción deberá incluir cualquier información que usted considere que es relevante para la revisión de la queja, incluidos:
  - Fechas y horas,
  - Médicos y personal del proveedor involucrado,
  - Información de testigos si está disponible, y
  - Una descripción de lo que sucedió. Si necesita más espacio para describir su queja, puede anexar más hojas. Además, puede proporcionar otros documentos que usted considere que sirven de apoyo a su queja.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si usted presenta una preocupación que no esté relacionada con la calidad de la atención y no está bajo el alcance de la autoridad de la QIO, su queja será referida a la entidad indicada.

1. Al firmar este formulario, usted está autorizando a la QIO a revisar su queja y a llegar a una determinación formal. Puede ser que para procesar su queja se le pidan los récords médicos pertinentes.
2. POR FAVOR, quédese con esta hoja. Envíele por correo solo la segunda página (Formulario para Quejas por la Calidad de la Atención de Medicare) a la QIO. El número de teléfono de su QIO es \_\_\_\_\_. Se tomará una decisión en relación con su queja dentro de los \_\_\_ días siguientes a la fecha en que recibamos el formulario para quejas firmado.

# FORMULARIO PARA QUEJAS POR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE MEDICARE

1. Nombre del beneficiario

2. Medicare # (HICN)

3. Sexo:

Masculino      Femenino

Edad

4. Raza/Etnia (Completar esta sección es voluntario):

¿Cómo describiría su raza? Marque una o más casillas.

Indígena Americano o Nativo De Alaska

Blanco

Negro o Afroamericano

Nativo De Hawái u Otras Islas Del Pacífico

Asiático

Hispano o Latino

5. Nombre del representante autorizado del beneficiario (Si es el caso):

6. Información de contacto:

Calle/Apt.

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Otro número de teléfono

7. Describa brevemente el incidente o sus preocupaciones: Incluya fechas y horas, personas involucradas y la descripción de lo que pasó. Incluya algún anexo si es necesario.

8. ¿Podemos revelar su identidad durante la revisión de su queja?      Sí      NO

Si marca "no," no podremos revisar su queja como una queja por escrito de un beneficiario. No obstante, basado en las circunstancias de su queja, podríamos optar por revisar su queja como una revisión general de la calidad de la atención.

9. Marque "sí" aquí si usted autoriza a la QIO a enviar su dirección u otra información de contacto a la entidad que hace las encuestas de satisfacción del beneficiario. Si marca "sí", nos comunicaremos con usted por teléfono o por correo postal para hacerle una breve encuesta sobre su satisfacción con el servicio que le prestó la QIO. **Si deja esta pregunta en blanco, un encuestador se comunicará con usted para hacerle preguntas sobre que satisfecho está usted.**

SÍ      NO

**Para su información:** Si tiene cualquier pregunta sobre su queja, sírvase llamar a \_\_\_\_\_. Se pondrán en contacto con usted dentro de los \_\_\_ días siguientes a la fecha en la que la QIO reciba el formulario para quejas firmado. Para hacer la revisión, la QIO recurrirá a un médico que trabaje en la misma área clínica, o en una similar, que el médico que le brindó la atención médica. Usted puede proveer cualquier información que considere relevante para su queja, incluidas copias de documentos, nombres de testigos, etc. Se tomará una decisión sobre su queja dentro de los \_\_\_ días siguientes a la fecha en que se reciba su formulario para quejas firmado. Si su queja incluye preocupaciones que no estén bajo el alcance de la autoridad de la QIO, su queja será referida a la entidad indicada.

10. Al firmar este formulario, estoy pidiendo que la QIO revise mi queja.

Firma de beneficiario/Representante

Fecha

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, nadie tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que esta tenga un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1102. Se calcula que el tiempo necesario para preparar y distribuir esta recopilación de información es de 10 minutos por aviso, incluyendo el tiempo para seleccionar el formulario preimpreso, completarlo y enviarlo al beneficiario. Si usted tiene algún comentario relacionado con la exactitud del cálculo del tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, sírvase escribir a CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850