

INFORME DE QUEJA DE AGENCIA DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR HOME HEALTH AGENCY COMPLAINT REPORT

- Completar este formulario es voluntario.
- La información personal proporcionada en este formulario será utilizada para investigar la queja, para comunicarse con el demandante, y no será utilizada para ningún otro propósito.
- Puede obtener copias adicionales de este formulario en el sitio web del Departamento en:
<http://dhs.wisconsin.gov/forms/DQAnum.asp>
- La información relacionada con los derechos y procedimientos de quejas se encuentra en la página 2 (al dorso) de este formulario.

Para asistirlo con la revisión de su preocupación, proporcione la siguiente información:

1. INFORMACIÓN DE AGENCIA DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR

Nombre – Agencia de Cuidado de Salud en el Hogar

| | | | |
|-----------|--------|--------|----------------|
| Dirección | Ciudad | Estado | Código de Área |
|-----------|--------|--------|----------------|

2. INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

| | | | |
|---|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nombre – Demandante | Número de Teléfono | Relación con el Paciente | |
| Dirección o Apdo. Postal (P.O. Box) | Ciudad | Estado | Código de Área |
| ¿Desea permanecer anónimo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | Fecha que presentó queja |

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

La misma información anterior (*Si el demandante y el paciente no son la misma persona, proporcione información sobre el paciente*)

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------|--------|----------------|
| Nombre – Paciente | Número de Teléfono | | |
| Dirección o Apdo. Postal (P.O. Box) | Ciudad | Estado | Código de Área |

4. DESCRIPCIÓN DE LA PREOCUPACIÓN

Describa la situación o incidente, los nombres, las fechas, y lo que sucedió. Escriba claro y sea lo más específico posible. Adjunte páginas adicionales, si es necesario.

AGENCIA DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR DERECHOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PACIENTE

El capítulo 50.49 de los Estatutos del Estado de Wisconsin autoriza al *Department of Health Services* (Departamento de Servicios de Salud) a que establezca normas que rijan el funcionamiento de una agencia de cuidado en el hogar.

El capítulo DHS 133.08(3) del Código Administrativo de Wisconsin, autorizado por la ley estatal antes citada, describe los derechos del paciente de una agencia de cuidado de salud en el hogar a presentar una queja con el Departamento de la siguiente forma:

DHS 133.08(3). Al mismo tiempo que la declaración de los derechos del paciente se distribuye bajo la subsección (2), la agencia de cuidado de salud en el hogar debe proporcionar al paciente o guardián una declaración, facilitada por el Departamento, que ampare el derecho y procedimiento de registrar una queja con el Departamento.

La ley y normas antes citadas quieren decir que:

- (1) Usted tiene el derecho de presentar una queja directamente con el *Department of Health Services*.
- (2) La agencia de cuidado de salud en el hogar que le presta servicios le debe asesorar sobre su derecho de presentar una queja con el *Department of Health Services* y explicar el proceso de cómo presentar una queja

Las copias de este formulario de quejas y de estos requisitos deben ser facilitadas por la agencia de cuidado de salud en el hogar a cada paciente o representante del paciente (1) previo a la provisión de cualquier servicio y (2) y en la conclusión del acuerdo de servicio.

Si un paciente o representante de un paciente (cualquier persona representado los intereses de un paciente) tiene una inquietud con relación al cuidado y tratamiento de un paciente, cree que los derechos de un paciente han sido violado, y/o que la agencia de cuidado de salud en el hogar no ha resuelto estas inquietudes, se puede presentar una queja utilizando cualquiera de los siguientes métodos.

- Escibiendo a: **Department of Health Services**
Division of Quality Assurance / Bureau of Health Services
ATTN: Home Health Complaint Coordinator
P.O. Box 2969
Madison, WI 53701-2969
- Llamando a: **Línea-gratis de Wisconsin Home Health / Línea Directa de Hospice – 1-800-642-6552 ***
- Completando un formulario de queja en:
<http://dhs.wisconsin.gov/bqaconsumer/HealthCareComplaints.htm>
- Si usted tiene cobertura de **Medicare**, también puede presentar quejas por escrito o llamando a:
Metastar
2909 Landmark Place
Madison, WI 53713
1-800-362-2320

* *La línea directa gratis opera un sistema de mensaje de voz las 24 horas del día. Las llamadas recibidas durante la noche, los fines de semanas, o los días festivos se devuelven al día siguiente. El propósito de la línea directa es recibir quejas con relación a las agencias de cuidado de salud en el hogar y hospicios certificados con licencia del Medicaid/Medicare de Wisconsin y proveer información sobre las agencias de cuidado de salud en el hogar y hospicios.*