

**CONDADO DE SANTA CLARA DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
FORMULARIO DE QUEJAS Y APELACIÓN**

Si usted tiene algún problema con los servicios de salud mental, puede comunicarse con un **Coordinador del mejoramiento de calidad llamando al 1-800-704-0900** o enviar por correo este formulario al Quality Improvement Program, P.O. Box 28504, San Jose, CA 95159-8504. Hay sobres pre-pagos y con la dirección impresa disponibles.

También puede comunicarse con el **Proyecto de defensa de salud mental llamando al 1-800-248-MHAP ó (408) 294-9730** para ayuda adicional.

Por favor imprima o escriba claramente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del tutor legal/curador: _____

Nombre de la agencia/miembro del personal que provee el servicio: _____

1. Describa el problema o asunto: (Adjunte hojas adicionales si es necesario.) _____

2. ¿Qué ha hecho usted para resolver este problema hasta el momento? _____

3. ¿Cómo le gustaría que se resolviera este problema? _____

Firma del cliente: _____

Fecha: _____