

Procedimientos de Queja Formal para Jóvenes y Familias que Reciben Servicios de Proveedores de la Red de TERM

Los clientes referidos por los Servicios de Bienestar Infantil y Familiar (Child and Family Well-Being, CFWB) del Condado de San Diego y por Libertad Condicional para Menores del Condado de San Diego para evaluaciones de salud mental, así como los clientes referidos por los Servicios de Bienestar Infantil y Familiar para tratamientos de salud mental, reciben servicios a través de la red de proveedores Optum TERM (red de gestión de recursos de tratamiento y evaluación [Treatment and Evaluation Resource Management, TERM]). Como cliente, usted tiene derecho a recibir estos servicios de un proveedor de servicios para la salud mental calificado. Además, tiene derecho a expresar sus inquietudes si algo no está bien con su cuidado; por ejemplo, si no está satisfecho con el tratamiento que recibe o siente que le trataron de manera irrespetuosa.

¿QUÉ SON LAS QUEJAS FORMALES?

Las quejas formales son una expresión de inconformidad con los servicios. Al presentar una queja formal, usted podrá solicitar la revisión de sus inquietudes acerca del cuidado de salud mental que está recibiendo.

MANERAS DE RESOLVER SU PROBLEMA

Si tiene alguna inquietud con los servicios que está recibiendo de un proveedor de la red TERM, por lo general la manera más fácil y más rápida de resolverla es hablar directamente con su proveedor, o con el trabajador social de protección de los Servicios de Bienestar Infantil y Familiar o el oficial de libertad condicional que corresponda. También puede usar este proceso de resolución de quejas de Optum TERM como ayuda para resolver sus inquietudes a través de una queja formal.

¿CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL?

- Por escrito – Llene el [Formulario de Queja sobre Proveedores de TERM para Menores y Familias](#) disponible en el sitio web de Optum en www.optumsandiego.com (una vez en el sitio web, pase el mouse por “BHS Provider Resources” (Recursos de Proveedores de Servicios de Salud Mental), haga clic en “TERM Providers” (Proveedores de TERM) y, a continuación, elija la pestaña “Grievances” (Quejas formales). Las instrucciones para enviar el formulario a Optum por fax o por correo están incluidas en el formulario.
- Por teléfono – Si desea obtener ayuda, llame al 1-877-824-8376, opción 1.

SUS DERECHOS DURANTE EL PROCESO

- Usted tiene derecho a no sufrir discriminación ni recibir multas por presentar una queja formal
- Usted tiene derecho a que se respete su confidencialidad
- Usted tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto, en un idioma que usted pueda entender

AYUDA CON EL PROCESO

Si necesita ayuda para presentar una queja formal sobre servicios de salud mental recibidos a través de un proveedor en la red TERM, llame al 1-877-824-8376 y elija la opción 1.



BENEFICIARIOS DE MEDI-CAL

Si usted es beneficiario de Medi-Cal, también puede comunicarse con el Centro para la Defensa y Educación de Salud del Consumidor (Consumer Center for Health Education and Advocacy, CCHEA), un programa dirigido por Legal Aid Society of San Diego, Inc.

Dirección: 1764 San Diego Avenue, Suite 200
Teléfono (número gratuito): 877-734-3258
TTY: 877-735-2929
Sitio web: www.lassd.org

El Centro para la Defensa y Educación de Salud del Consumidor ofrece ayuda con los siguientes Derechos del Consumidor*:

- Recibir servicios de profesionales calificados
- Mantener la confidencialidad de su información
- Obtener información sobre su cuidado y servicios, incluidas las opciones
- Participar en la toma de decisiones sobre su cuidado y sus servicios
- Recibir un trato justo y que se protejan sus derechos
- Presentar una queja formal sobre sus servicios sin temor a represalias
- Presentar una apelación si le niegan, reducen o interrumpen sus servicios

* Descargado del sitio web de LASSD el 24 de abril de 2024

<https://www.lassd.org/cchea-brochure/>

OTRAS INQUIETUDES SOBRE EL CASO

Si usted es un menor o un familiar con una inquietud sobre un trabajador social u otros asuntos del caso, comuníquese primero con el supervisor o gerente. Si necesita más asistencia, puede llamar a la **Oficina del Ombudsman** de los Servicios de Bienestar Infantil y Familiar del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de San Diego al **619-338-2098**.

La Oficina del Ombudsman:

- Investiga normas y procedimientos para ayudar a resolver las quejas
- Registra y monitorea las quejas relacionadas con el bienestar infantil y familiar
- Lleva a cabo revisiones internas de quejas sobre las normas, los procedimientos y el ejercicio del trabajo social
- Facilita la resolución de quejas de una manera objetiva e imparcial
- Da información sobre hallazgos y hace recomendaciones a la gerencia para garantizar que las normas y prácticas cumplan las leyes estatales y federales, y sean congruentes con la misión y las metas de los Servicios de Bienestar Infantil y Familiar
- Proporciona información y responde preguntas sobre los Servicios de Bienestar Infantil y Familiar, y ofrece recursos sobre otras agencias y servicios no relacionados con los Servicios de Bienestar Infantil y Familiar.

**FORMULARIO DE QUEJA SOBRE PROVEEDORES
PARA MENORES Y FAMILIAS
QUE RECIBEN SERVICIOS DE PROVEEDORES DE TERM***

Llene este formulario a mano o a máquina. No es obligatorio usar este formulario para presentar una queja. Cuanta más información pueda brindar, más fácil será investigar y resolver la queja rápidamente. Es posible que el personal de Optum TERM se comunique con usted para obtener más información. Le informaremos la decisión definitiva sobre esta queja, pero los detalles se mantendrán en privado.

Llene el formulario y envíelo a Optum TERM:

Fax: 877-624-8376

Dirección Postal: Optum TERM, PO Box 601340, San Diego, CA 92160-1340

NOTA: Ciertos socios profesionales y partes interesadas tienen un formulario de queja aparte. Si usted forma parte del personal de Servicios de Bienestar Infantil y Familiar (CFWB), consulte el Manual de Normas del CFWB para ver instrucciones sobre la presentación de quejas sobre proveedores de TERM.

INFORMACIÓN SOBRE USTED/INFORMATION ABOUT YOU

Nombre/Name: **Número de teléfono (con código de área)/Phone number (with area code):**

Dirección de correo electrónico/E-mail address:

Dirección postal/Mailing address:

Su relación con el Cliente/Your relationship to the Client:

- Soy el cliente que ha recibido servicios. Soy (marque una opción)/I am the client who received services.
I am a (check one): Menor/Youth Padre/Madre/Parent
- Soy el padre/madre biológico(a) de un menor y tengo quejas sobre los servicios que ha recibido./
I am the biological parent of a youth who received the services that I have concerns about.
- Soy el cuidador de un menor y tengo quejas sobre los servicios que ha recibido./I am the caregiver of a
youth who received the services that I have concerns about.
Soy/I am a Pariente/Relative
 No pariente, miembro de la familia extendida/Non-related, extended family member
 Padre/Madre de cuidado tutelar/Foster parent

**Nombre del trabajador social de Servicios de Bienestar Infantil y Familiar o del oficial de Libertad
Condiciona para Menores para este caso/Name of the Child and Family Well-Being social worker or
Juvenile Probation Officer for this case:**

INFORMACIÓN SOBRE EL CLIENTE/INFORMATION ABOUT CLIENT

Nombre del cliente/Client's name: **Fecha de nacimiento/Date of birth:**

**Servicios de terapia o evaluación que fueron parte de un (marque una o las dos opciones): /
Therapy or evaluation services were part of a (check one or both):**

- Caso de Servicios de Bienestar Infantil o Familiar/CFWB case
 Caso de libertad condicional para menores/Juvenile Probation case

INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR/INFORMATION ABOUT PROVIDER

Nombre del proveedor/Provider's name: **Número de teléfono/Phone number:**

Agencia (si el proveedor trabajaba en una organización)/Agency (if provider worked in an organization):

**Las inquietudes o quejas son sobre un (marque una o las dos opciones)/The concerns are about a (check
one or both):**

- Terapeuta/Therapist Evaluador que realizó una evaluación psicológica/
Evaluator who did a psychological evaluation

**FORMULARIO DE QUEJA SOBRE PROVEEDORES
PARA MENORES Y FAMILIAS
QUE RECIBEN SERVICIOS DE PROVEEDORES DE TERM***

NOTA: Este formulario se compartirá con el proveedor. Los servicios para usted o su familia NO se verán afectados si usted presenta una queja. Si le preocupa tener consecuencias negativas, puede comunicarse con el trabajador social de Servicios de Bienestar Infantil y Familiar o con el Oficial de Libertad Condicional para Menores./**NOTE:** This form will be shared with the provider. Services for you or your family will NOT be affected if you file a complaint. If you are concerned about negative consequences, you may contact the CFWB social worker or the Juvenile Probation Officer.

Explique sus quejas sobre los servicios recibidos (agregue más hojas si es necesario)/Explain your concerns about the services that were received (add additional pages if needed):

NOTA: No es necesario que intente resolver sus inquietudes con el proveedor antes de presentar una queja. Sin embargo, es útil saber si ha intentado hablar sobre estos asuntos./**NOTE:** You do not have to try and resolve the concerns with the provider before filing a complaint. However, it is helpful to know if you have tried to discuss these issues.

¿Habló con el proveedor sobre estas inquietudes?/

Have you spoken to the provider about these concerns? Sí/Yes No/No

Si lo hizo, indique la(s) fecha(s) de contacto/If “Yes”, provide the date(s) of contact:

**Describa lo que le dijo al proveedor sobre sus quejas y cuál fue la respuesta del proveedor/
Describe what you told the provider regarding your concerns and the provider’s response:**

Describa cualquier documentación que usted tenga que le ayude a explicar sus quejas/Describe any documentation you have that can help explain your concerns:

¿Piensa que Optum TERM ya tiene este documento?/Do you think that Optum TERM already has this document? Sí/Yes No/No

Si piensa que no, envíe la documentación con este formulario./If “No”, please submit the documentation with this form.

Si no puede compartir esta información, explique por qué/If you cannot share this information, explain why:

Indique los nombres y números de teléfono de otras personas (proveedores de tratamiento, familiares, otros socios profesionales) que estén dispuestos a compartir información adicional con Optum TERM./Please provide the name(s) and phone number(s) of other people (treatment providers, family members, professional partners) that are willing to share additional information with Optum TERM.

Nombre de la persona/Name of person: **Número de teléfono/Phone number:**

Nombre de la persona/Name of person: **Número de teléfono/Phone number:**

Su Nombre (escriba en letra clara)/Your Name (please write clearly):

Su Firma/Your Signature: _____

Fecha/Date:

**Optum TERM le mandará un aviso en el plazo de tres días hábiles para confirmar que ha recibido su queja./
You will receive notice within three working days confirming that Optum TERM received the complaint.**