



Departamento de Salud de la Conducta

Sólo Para Uso de la Oficina:
Simon #

FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL CLIENTE Y ENVIADO AL REPRESENTANTE DE LOS DERECHOS DE PACIENTE DEL CONDADO

850 East Foothill Boulevard, Rialto, CA 92376
(800) 440-2391 ♦ Fax (909) 421-9258

Nombre del/la Beneficiario/a: Fecha: Hora:
(Use letra de molde / escriba claramente)

¿Es por Medio de un Representante Autorizado?: No Sí
si responde sí, Nombre: Teléfono:

Fecha de Nacimiento: Sexo: M F Lenguaje Preferido:

Domicilio de Casa: No. de SS: XXX-XX-

Ciudad: Zona Postal: Teléfono:

Clínica o Proveedor Privado:

Favor de Decirnos el Motivo de su Queja:
[Multiple blank lines for text entry]

¿Cómo Le Gustaría que se Resolviera el Problema?
[Multiple blank lines for text entry]

Firma del Cliente: Fecha: