

FORMULARIO DE ATENCIÓN AL CONSUMIDOR

Propósito: Este formulario debe ser utilizado por el personal de la Entidad de Gestión Local/Organización de Atención Administrada (LME/MCO) para documentar asuntos de atención al consumidor, como, por ejemplo, inquietudes, quejas, elogios, investigaciones y solicitudes de información que involucren a cualquier persona que solicite o reciba servicios de salud mental, discapacidades del desarrollo o abuso de sustancias (MH/DD/SA), financiados con fondos públicos, de una LME/MCO o un proveedor de MH/DD/SAS.

N.º de seguimiento: _____

Persona que informa el asunto de atención al consumidor:		Fecha: _____
Nombre: _____ N.º de teléfono: De la casa: ____ Del trabajo: _____ Celular: _____		
Dirección: _____		
La persona que informa el asunto de atención al consumidor es:		
<input type="checkbox"/> Anónima <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Consumidor <input type="checkbox"/> Representante/defensor del consumidor <input type="checkbox"/> Personal de DMH/DD/SAS <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Padre/Madre/Tutor <input type="checkbox"/> División de Asistencia Médica (DMA) <input type="checkbox"/> Personal de la LME/MCO <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
Si el asunto de atención al consumidor involucra a un cliente:		
Nombre del cliente: _____		
N.º de teléfono: De la casa: _____ Del trabajo: _____ Celular: _____		
Dirección: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Discapacidad (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Salud mental (MH) <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/del desarrollo (IDD)		
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (SA) <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> N/C		
Condado de prestación de los servicios: _____ Condado de Medicaid: _____ LME/MCO de origen: _____ LME/MCO de acogida: _____		
<u>Raza/Etnia:</u> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Otro		
Padre/Madre/Tutor: _____		
N.º de teléfono: De la casa: _____ Del trabajo: _____ Celular: _____		
Dirección: _____		
Recurso/s de financiamiento: <input type="checkbox"/> Fondos del condado <input type="checkbox"/> Health Choice <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Fondos del estado <input type="checkbox"/> Pago del propio bolsillo		
El asunto de atención al consumidor se recibió por el siguiente medio:		
<input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Formulario de atención al consumidor <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Personalmente <input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Correspondencia escrita <input type="checkbox"/> Calidad de Atención de la DMA		
Si el asunto se remitió a la LME/MCO, indique quién lo remitió y especifique a qué LME/MCO u oficina:		
<input type="checkbox"/> Otra LME/MCO <input type="checkbox"/> Oficina del condado <input type="checkbox"/> Oficina del proveedor <input type="checkbox"/> DMH/DD/SAS <input type="checkbox"/> DMA <input type="checkbox"/> División de Regulación de los Servicios de Salud (DHSR) <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____		
Tipo de caso: <input type="checkbox"/> Queja/Inquietud <input type="checkbox"/> Elogio <input type="checkbox"/> Información/Remisión <input type="checkbox"/> Investigación		Prioridad: <input type="checkbox"/> De rutina <input type="checkbox"/> Alta
Naturaleza del asunto principal de atención al consumidor. El asunto está relacionado con: (Marque solo 1 asunto principal)		
<input type="checkbox"/> Abuso, negligencia, explotación	<input type="checkbox"/> Necesidades básicas	<input type="checkbox"/> Elección del proveedor
<input type="checkbox"/> Acceso a servicios	<input type="checkbox"/> Derechos del cliente	<input type="checkbox"/> Calidad de la atención
<input type="checkbox"/> Asuntos administrativos	<input type="checkbox"/> Confidencialidad/Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)	<input type="checkbox"/> Coordinación de servicios entre proveedores
<input type="checkbox"/> Autorización/Pago/Facturación	<input type="checkbox"/> Funciones de la LME/MCO	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
Notas sobre el asunto de atención al consumidor: (Agregue páginas adicionales si es necesario)		

Si el asunto de atención al consumidor tiene que ver con una agencia o un proveedor: **Categoría de proveedor:** A B C D

Nombre de la agencia/el proveedor: _____ N.º de teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Tipo/Nivel de servicio: (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Programa vocacional diurno para adultos | <input type="checkbox"/> Coordinación de atención de IDD | <input type="checkbox"/> Servicios ambulatorios | <input type="checkbox"/> Atención intensiva ambulatoria para SA |
| <input type="checkbox"/> Desintoxicación ambulatoria | <input type="checkbox"/> Servicios de innovación | <input type="checkbox"/> Hospitalización parcial | <input type="checkbox"/> Tx integral ambulatorio para SA |
| <input type="checkbox"/> Equipo de tratamiento (Tx) asertivo en la comunidad | <input type="checkbox"/> Servicios de atención intensiva en el hogar | <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo entre pares | <input type="checkbox"/> Tx no médico para SA en centros residenciales de la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Tx diurno para niños y adolescentes | <input type="checkbox"/> Apoyo vocacional a largo plazo | <input type="checkbox"/> Servicio de apoyo entre pares (solo B3) | <input type="checkbox"/> Tx bajo supervisión médica para SA en centros residenciales de la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Admisión clínica | <input type="checkbox"/> Servicios móviles para el manejo de crisis | <input type="checkbox"/> Rehabilitación psicosocial | <input type="checkbox"/> Casa de transición para SA |
| <input type="checkbox"/> Guía comunitaria (MCO) | <input type="checkbox"/> Estabilización de crisis/desintoxicación bajo supervisión médica o en el Centro de Tratamiento para la Adicción al Alcohol o a las Drogas (ADATC) | <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica | <input type="checkbox"/> Desintoxicación en un contexto social |
| <input type="checkbox"/> Equipo de apoyo comunitario | <input type="checkbox"/> Administración de medicamentos | <input type="checkbox"/> Servicios de psiquiatría | <input type="checkbox"/> Asistencia en el empleo |
| <input type="checkbox"/> Servicios de crisis | <input type="checkbox"/> Coordinación de atención de MH/SA | <input type="checkbox"/> Servicios en centros residenciales (Categoría) | <input type="checkbox"/> No relacionado con servicios |
| <input type="checkbox"/> Terapias del desarrollo | <input type="checkbox"/> Terapia multisistémica (MST) | <input type="checkbox"/> Relevo (solo MCO B3) | <input type="checkbox"/> Se desconoce/No se sabe |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Servicios médicos extrahospitalarios de desintoxicación | <input type="checkbox"/> Relevo | |
| <input type="checkbox"/> Centro de día | <input type="checkbox"/> Tratamiento con opiáceos | <input type="checkbox"/> Detección, selección y remisión | |
| <input type="checkbox"/> Programa para el manejo de crisis en establecimientos comunitarios | | <input type="checkbox"/> Taller protegido | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

¿Se trata de un proveedor acreditado? Sí No Agencia de acreditación: DHR Departamento de Servicios Sociales (DSS)

Situación residencial

¿Influye la situación residencial en la queja? Sí No

¿Tuvo el consumidor alguna participación en el acuerdo con el Departamento de Justicia (DOJ)? Sí No

Tipo de situación residencial:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hogar propio | <input type="checkbox"/> Casa de los padres/el tutor | <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF) (Ver pregunta más abajo) |
| <input type="checkbox"/> Hogar de crianza terapéutico | | <input type="checkbox"/> Nivel III |
| <input type="checkbox"/> Vivienda supervisada A (Adulto con problemas de salud mental) | | <input type="checkbox"/> Hogar de atención familiar |
| <input type="checkbox"/> Vivienda supervisada 5600 B (Menor con discapacidades intelectuales/del desarrollo) | | <input type="checkbox"/> Departamento de MH - Bajo supervisión |
| <input type="checkbox"/> Vivienda supervisada 5600 C (Adulto con discapacidades intelectuales/del desarrollo) | | <input type="checkbox"/> Nivel IV |
| <input type="checkbox"/> Vivienda supervisada 5600 D (Menor con problemas de abuso de sustancias) | | <input type="checkbox"/> Casa de transición para SA |
| <input type="checkbox"/> Vivienda supervisada 5600 E (Adulto con problemas de abuso de sustancias) | | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Vivienda supervisada 5600 F (Hogar de familia alternativa) | | <input type="checkbox"/> Ningún servicio residencial |
| <input type="checkbox"/> Hogar de familia alternativa sin supervisión | | |

En caso de PRTF, lugar de residencia: Dentro del estado Fuera del estado, en un radio de 40 millas
 Fuera del estado, en un radio de más de 40 millas

¿Discutió la persona el asunto con el proveedor/la agencia? Sí No

¿Dio permiso la persona para que su nombre se utilizara durante la discusión de este asunto con el proveedor/la agencia? Sí No

Medida tomada por la LME/MCO:

- Compartió el asunto de atención al consumidor con el proveedor/la agencia/el o los individuos involucrados.
- Proporcionó la información solicitada.
- Facilitó una discusión/resolución informal con la agencia/el proveedor involucrado.
- Facilitó una discusión/resolución informal con la LME/MCO.
- Proporcionó información sobre cómo iniciar una apelación ante Medicaid o un proceso de queja ante la LME/MCO.
- Llevó a cabo una investigación. Persona/s a cargo de la investigación del problema:
- El problema: se corroboró se corroboró parcialmente no se corroboró.
- Sobre la base de los hallazgos realizados: No se requirieron medidas adicionales Se hicieron recomendaciones
- Plan de acción correctiva Otras medidas
- Fecha de emisión del informe de hallazgos: _____ Cantidad de días transcurridos desde la fecha de recepción hasta la fecha de emisión del informe de hallazgos: _____
- Fecha en que se recibió el plan: _____ El plan: se aceptó se devolvió para revisión
- Fecha en que se volvió a presentar el plan: _____ El nuevo plan: se aceptó no se aceptó
- Fecha de la revisión de seguimiento: _____ Las medidas correctivas fueron: eficaces ineficaces
- Remitido a: DHR DMH/DD/SAS DMA DSS Junta de acreditación Otro (especifique) _____ Fecha: _____
- Para: información adopción de medidas (especifique): _____

Resumen del/de los asunto/s, de la investigación y de las medidas tomadas (incluya las fechas) (Adjunte páginas adicionales si es necesario):

Decisión final: [Medida/s tomada/s, incluya las fechas]

Resolución

El o los asuntos quedaron: resueltos/finalizados resueltos parcialmente no resueltos

La resolución estuvo a cargo de: LME/MCO DHSR DMH/DD/SAS DSS DMA (incluido el Programa Integridad)
 Junta de acreditación Pendiente

Resultado de las quejas NO investigadas:

- Se proporcionó información o asistencia técnica a la persona que presentó la queja.
- Se trabajó con el proveedor para llegar a una resolución.
- Se remitió el asunto al grupo de defensa o recursos de la comunidad.
- Se remitió el asunto a una agencia del estado o a una agencia externa de acreditación.
- Se remitió el asunto a otra LME/MCO para su resolución.
- Se llevó a cabo una mediación con las partes.

Apelación de la resolución:

- N/C
- Revisión de 2.º nivel ante el Comité de Derechos del Cliente
- Revisión de 2.º nivel ante el director de la LME/MCO
- Ante el panel de apelaciones del proveedor

Cantidad de días calendario entre la recepción y la finalización: _____

Cantidad de días laborables entre la recepción y la finalización: _____

Fecha de la resolución: _____

Se proporcionaron comentarios sobre la decisión/resolución final a:

Persona que completó este formulario:

Fecha: