



## Formulario de quejas de los Programas de Asistencia con Medicamentos y Seguros

### Instrucciones:

El uso de este formulario es opcional. También puede presentar una queja por escrito por correo electrónico o fax, ya sea usando este formulario o no. Sin embargo, completar todas las secciones de este formulario ayudará al Departamento de Salud Pública de California (CDPH), a la Oficina de SIDA (OA), al Programa de Asistencia con Medicamentos contra el SIDA (ADAP) y/o al Programa de Asistencia para la Profilaxis Preexposición (PrEP-AP) a responder a sus inquietudes de manera eficaz. Independientemente de si usa o no este formulario, trataremos sus inquietudes con seriedad y le responderemos a través de un correo electrónico seguro. Haremos todo lo posible para resolver las inquietudes que nos plantea. Para verificar el estado de esta queja, comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (excepto feriados) llamando al (844) 421-7050.

### Información de contacto:

Nombre: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del cliente (si corresponde): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje en este número?  Sí  No

Si no, ¿cuál es el mejor momento del día para contactarlo? \_\_\_\_\_

Seleccione todas las opciones que correspondan:

- Soy cliente del ADAP
- Soy trabajador encargado de la inscripción
- Soy farmacéutico

- Soy cliente del PrEP-AP
- Soy proveedor de PrEP-AP
- No soy nada de lo anterior

**Detalles de la queja:**

Fecha de los incidentes: \_\_\_\_\_

¿Quién estuvo involucrado en este incidente (marque todas las opciones que correspondan)?

- Personal del centro de atención del ADAP     Personal del ADAP     Trabajador encargado de la inscripción  
 Clínica/médico     Farmacia/farmacéutico     Otro  
 Pool Administrators Inc. (PAI)     Prime Therapeutics

Nombre de las personas y/o del sitio de inscripción involucrados (si corresponde):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa sus inquietudes, las acciones o inacciones que dieron lugar a su insatisfacción y el modo en que le gustaría que se resolviera este incidente. Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales y cualquier documentación que respalde su queja.

¿Se adjuntaron páginas adicionales o documentación respaldatoria?

- No     Sí Cantidad de páginas adicionales \_\_\_\_\_

Tipo de documentos respaldatorios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California, Sección 1798.17) y la Ley de Privacidad Federal (5 USC 552a, subdivisión (3)) exigen que se proporcione este aviso cuando se recopila información personal de las personas. El CDPH, la OA y el ADAP solicitan la información de este formulario con el fin de identificarlo y ayudarnos a resolver el problema por el que se comunicó. Proporcionar la información solicitada en este formulario es voluntario. Si no proporciona toda la información solicitada en este formulario, igual intentaremos ayudarlo a resolver su problema, pero es posible que la falta de información retrase o impida dicha resolución. La información solicitada en este formulario se usa para identificar quién es usted y qué asistencia podemos proporcionarle, así como para identificar cualquier obstáculo que haya retrasado o impedido la prestación de esa asistencia.

Referencias legales que autorizan la conservación de esta información: Secciones 120950 a 120971 del Código de Salud y Seguridad; y Sección 131085 del Código de Salud y Seguridad.

Es posible que se revele esta información a contratistas y proveedores de la OA si se considera necesario o útil mientras trabajamos para abordar y resolver su problema. Usted tiene el derecho de revisar su información personal conservada por el CDPH, salvo que el acceso esté exento por la ley. Puede solicitar su propia información personal comunicándose con la OA del CDPH, en 1616 Capitol Avenue, Sacramento, CA 95814, MS 7700 P. O. Box 99726, Sacramento, CA 95899-7426.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe su queja por escrito al ADAP/PrEP-AP:

Por correo electrónico a: [CDPHMedAssistFax@cdph.ca.gov](mailto:CDPHMedAssistFax@cdph.ca.gov)

O por fax a: (844) 421-8008