

Revisión de admisión/elegibilidad

Bienvenido a RMC. Gracias por llenar este formulario. RMC cuenta con terceros pagadores y donantes que requieren que hagamos estas preguntas de todos nuestros participantes. Además, conocer esta información acerca de usted asegura que usted obtenga el mejor cuidado posible, y que le hagamos consciente de todos los programas y servicios a los que usted es elegible. Tenga la seguridad de que toda esta información se almacena de forma segura en nuestras bases de datos electrónicas y está protegida de acuerdo con todas las leyes de privacidad, incluyendo HIPAA. Agradecemos que se haya tomado el tiempo para ayudarnos a conocerlo (a) mejor como también sus necesidades individuales. Si tiene alguna pregunta por favor hágaselo saber al personal.

Información personal

Fecha Completado: _____

Nombre completo preferido	
Nombre legal completo	
Pronombres de género	
<input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Otros pronombres	
Numero de seguro social	Fecha de nacimiento
- - (N/A si no tiene uno)	/ /

Tipo de vivienda (por favor marque todos los que apliquen):	<input type="checkbox"/> Alquiler / Propio <input type="checkbox"/> Temporal (viviendo con amigos o familiares) <input type="checkbox"/> Inestable			
Dirección residencial	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal, si es diferente	Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono de casa	Número Celular		Correo electrónico	
- -	- -		@	
Sexo al nacer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			

Identidad de género (por favor marque todos los que apliquen):	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Género fluido <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Hombre Trans/HaM <input type="checkbox"/> Mujer transgénera/Mujer Trans/MaH <input type="checkbox"/> Otra Categoría: _____	
Origen étnico / raza (por favor marque todos los que apliquen):	
<input type="checkbox"/> Blanco / Caucásico <input type="checkbox"/> Negro, Afrocaribeño o Afroamericano <input type="checkbox"/> Medio oriente o árabe <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano / Latinx (Por favor especifique): <input type="checkbox"/> Mexicano, Mejicano americano, Chicano(a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano	<input type="checkbox"/> Asiático (por favor especifique): <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o isleño del Pacífico (por favor especifique): <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro origen de las islas del Pacífico: <input type="checkbox"/> Otra categoría: _____
Idioma primario	
Idioma hablado preferido	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Idioma escrito preferido	

Orientación sexual	
<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Es un veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuando tiene que aprender algo nuevo, ¿cómo prefiere aprender la información?	
<input type="checkbox"/> Escuchando una explicación <input type="checkbox"/> Hablando con personas <input type="checkbox"/> Probándolo por si mismo <input type="checkbox"/> Viendo la televisión <input type="checkbox"/> Leyendo	

Contactos clave

Contacto de emergencia	Relación	Número de teléfono	Consciente de que está siendo visto en RMC?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Médico de atención primaria		Número de teléfono	
Farmacia		Número de teléfono	
VIH/Especialista en Prevención		Número de teléfono	
Dentista(s)		Número de teléfono	

Ingresos anuales y Vivienda

¿Cuál es su ingreso anual?	\$
¿Cuántas personas en su hogar dependen de sus ingresos?	

Información del seguro de salud

Tipo de seguro primario <i>(Por favor, seleccione una de las casillas a continuación):</i>	
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare Parte A/B <input type="checkbox"/> Basado en el empleador <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Plan del Mercado <input type="checkbox"/> Asuntos de veteranos <input type="checkbox"/> Servicio de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Sin seguro/pago propio <input type="checkbox"/> ADAP <input type="checkbox"/> PHIP/UMR <input type="checkbox"/> Otro: (escriba abajo)	
Nombre del seguro primario:	
Tipo de seguro secundario <i>(Seleccione una de las casillas a continuación si tiene un seguro secundario):</i>	
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare Parte A/B <input type="checkbox"/> Basado en el empleador <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Plan del Mercado <input type="checkbox"/> Asuntos de veteranos <input type="checkbox"/> Servicio de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Sin seguro/pago propio <input type="checkbox"/> ADAP <input type="checkbox"/> PHIP/UMR <input type="checkbox"/> Otro: (escriba abajo)	
Nombre del seguro secundario:	
Seguro de farmacia, si es diferente al anterior:	

Empleo *(por favor marque todos los que apliquen):*

<input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Viviendo con una discapacidad <input type="checkbox"/> Empleado, tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado, medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporal / estacional <input type="checkbox"/> Voluntario / Interno
<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Otro: _____

Si está viviendo con VIH, complete la Sección 2 a continuación. Si no tiene VIH, saltee la Sección 2 y pase a la página 5.

Sección 2

Factores de riesgo

¿Cómo cree usted que contrajo el VIH?	
<input type="checkbox"/> Hombre que tiene sexo con hombres <input type="checkbox"/> Exposición ocupacional <input type="checkbox"/> Hemofilia / trastorno de la coagulación <input type="checkbox"/> Inyectar drogas <input type="checkbox"/> VIH contraído cuando era un bebé	<input type="checkbox"/> Recibió una transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Cuándo fue diagnosticado por primera vez con el VIH?	(Mes) _____ (Año) _____ (estimar si es necesario)
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

¿Alguna vez le ha dicho su médico o un laboratorio que tiene SIDA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
En caso afirmativo, por favor calcule el mes y el año en que fue diagnosticado: (Mes) _____ (Año) _____

Ingresos

Fuentes de ingresos	Nombre del miembro del hogar	Cantidad	Mes / año	
AND		\$	/	Por
Cupones de alimentos / Programa de asistencia nutricional suplementaria		\$	/	Por
Empleo PT/FT		\$	/	Por
Ingresos del Seguro Social		\$	/	Por
Discapacidad		\$	/	Por
Desempleo		\$	/	Por
Beneficios a los veteranos		\$	/	Por
Cuidado de crianza		\$	/	Por
Miembro de familia discapacitado		\$	/	Por
Asistencia Educativa		\$	/	Por
Manutención de los hijos		\$	/	Por
Militar		\$	/	Por
Pensión		\$	/	Por
Ingresos del negocio		\$	/	Por
Otros ingresos		\$	/	Por
Cero ingresos	Si no tiene ingresos, complete la "Declaración jurada de ausencia de ingresos" en la página 4			
Ingreso total		\$	Por/	

Si no tiene ingresos, complete la declaración jurada a continuación:

Declaración jurada de no ingresos	
Declaro que mi familia y yo no tenemos ingresos. Yo (nosotros) recibimos comida, alojamiento y ropa de las siguientes maneras:	
Entiendo que debo informar a Rocky Mountain CARES sobre cualquier cambio como parte de mi revisión de elegibilidad de seis meses. Si miento o no doy información completa, se puede suspender mi elegibilidad para los servicios financiados por Ryan White.	
_____	_____
Firma del cliente (o guardián legal)	Fecha de hoy

Si no tiene una vivienda estable, complete la declaración jurada a continuación:

Declaración jurada de vivienda inestable	
Actualmente tengo vivienda inestable, no tengo una dirección fija y no tengo un comprobante de domicilio. Estoy viviendo en la ciudad de _____. Mayormente me quedo en las siguientes ubicaciones:	

Me respalda:	
Soy un residente viviendo en Colorado. Todas las declaraciones con respecto a mi estado de vivienda son verdaderas. Entiendo que si miento o no doy información completa, mi elegibilidad para los servicios financiados por Ryan White pueden ser suspendidas.	
_____	_____
Firma del cliente (o guardián legal)	Fecha de hoy

FORMULARIO DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Centro de Recursos para el SIDA de Wisconsin
h/n/c Rocky Mountain CARES

Nombre completo del paciente/cliente: _____

Por la presente autorizo el pago directamente al Centro de Recursos de SIDA de Wisconsin (ARCW) / Rocky Mountain CARES de los beneficios que de otra manera se me pagarían.

Firma (Persona Asegurada)

Fecha

Mi firma es válida por un año a partir de la fecha anterior, a menos que sea revocada por mí antes de la fecha anterior.

El Centro de Recursos para el SIDA de Wisconsin (ARCW) / Rocky Mountain CARES, así como su proveedor de salud mental, están autorizados para proveer información confidencial a cualquier compañía de seguros, administrador(es) de reclamos y consultar a profesionales de la salud sobre el diagnóstico y las fechas de servicio. Esta información se usará con el propósito de evaluar y administrar reclamos por beneficios.

Esta autorización es válida por el plazo de cobertura de la póliza o contrato.

Sé que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a pedido y acepto que una copia fotográfica de la autorización sea tan válida como la original.

Firma (Persona Asegurada)

Fecha

Solicitud de Preferencia de Comunicación y Confidencialidad (Formulario PR-3A)

Nombre completo del paciente/cliente: _____ **Fecha de hoy:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Ultimos 4 números del Seguro Social:** _____

El Centro de Recursos para el SIDA de Wisconsin/ Rocky Mountain CARES se compromete a proteger la privacidad de su información de salud protegida (PHI). Las comunicaciones que contienen su PHI pueden ser usadas para recordarle de su próxima cita y pueden incluir información confidencial detallada. Utilice este formulario para hacernos saber cómo y dónde le gustaría recibir nuestras comunicaciones.

En este formulario, marque una casilla para:

1. Cada método que solicite lo usamos para la comunicación de su información de salud protegida
2. Cualquier método que no desee que usemos para la comunicación de su información de salud protegida

También puede solicitar por escrito otro método razonable de comunicación que no esté en la lista.

Servicio Postal

- Sí, envíe el correo a esta dirección _____.
- No, NO envíe correos en papel

Al seleccionar "Sí" arriba, entiendo que puede haber riesgos que incluyen, entre otros, que otros reciban y abran mi correo o la entrega a una dirección incorrecta.

Teléfono

Número de casa (_____) _____

- Sí, llame y deje un mensaje
- Sí, llame pero NO deje un mensaje
- NO, NO LLAME

Al seleccionar "Sí" arriba, entiendo que puede haber riesgos que incluyen, entre otros, que la llamada sea respondida por alguien que no sea yo o que alguien que no sea yo acceda a los mensajes.

Número Celular (_____) _____

- Sí, llame y deje un mensaje
- Sí, llame pero NO deje un mensaje
- NO, NO LLAME

Texto

- Sí, comuníquese conmigo por MENSAJE DE TEXTO no encriptado al número de celular que liste arriba
- NO, NO SE COMUNIQUE CONMIGO POR MENSAJE DE TEXTO

Al seleccionar "Sí" arriba, entiendo que puede haber riesgos que incluyen, entre otros, que la llamada o mensaje de teléfono sea recibida por alguien que no sea yo o mensajes de texto no cifrados a los que accede un tercero.

Correo electrónico:

- Sí, comuníquese por correo electrónico no cifrado a la dirección que menciono arriba
- NO, NO se comunica por correo electrónico

Al seleccionar "Sí" arriba, acepto recibir correos electrónicos de una dirección de arcw.org. También entiendo que puede haber riesgos al utilizar correo electrónico no cifrado, incluido, entre otros, el acceso al correo electrónico por parte de un tercero.

Firma: _____ **Selecciono el (los) método (s) de comunicación de la información de salud personal elegida anteriormente y entiendo todos los riesgos.**

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

Centro de Recursos para el SIDA de Wisconsin
h/n/c Rocky Mountain CARES

Nombre completo del paciente/cliente: _____ Fecha de hoy: _____

Yo, _____, doy mi consentimiento voluntario a los servicios que pueden incluir, entre otros, evaluación física, análisis de sangre y análisis de orina, evaluación de salud mental, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual e información y referencias del Centro Médico ARCW, sus agentes y empleados. Por la presente doy mi consentimiento para el diagnóstico y / o cuidado y tratamiento.

Entiendo que mis registros dentro del Centro Médico ARCW y todos los registros de cualquier naturaleza o tipo en el Centro Médico ARCW se tratarán como Información de Salud Protegida tal como se define en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA). Y dichos registros serán confidenciales según lo definido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y la póliza y el procedimiento de Liberación de Información de ARCW. Además, entiendo que el personal del Centro Médico ARCW debe informar ciertas enfermedades contagiosas al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Colorado.

Firma del paciente / cliente

Fecha

Firma del Padre / Tutor (*cuando sea apropiado*)

Fecha

CONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Centro de Recursos para el SIDA de Wisconsin
h/n/c Rocky Mountain CARES

(Sólo para uso del personal medico)

Nombre completo del paciente: _____ Fecha: _____

Al firmar este formulario, usted reconoce que ARCW / RMC le ha entregado una copia de su Aviso de Privacidad, que explica cómo se manejará su información de salud en diversas situaciones.

Marque todos los que son verdaderos:

- He recibido el Aviso de Privacidad de ARCW / RMC
- ARCW / RMC me ha brindado la oportunidad de analizar mis inquietudes y preguntas sobre la privacidad de mi información de salud.

Firma del paciente/cliente

El personal de ARCW / RMC debe completar si el conocimiento del recibo no está firmado:

1. ¿El paciente tiene una copia del Aviso? Sí No

2. Explique por qué el paciente no pudo firmar un formulario de conocimiento y los esfuerzos de ARCW / RMC al tratar de obtener la firma del paciente:

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

**Centro de Recursos para el SIDA de Wisconsin
h/n/c Rocky Mountain CARES**

(Para ser traducido o leído en voz alta al cliente / paciente si no pueden leer o entender este documento)

Derechos de servicio: Cada paciente / cliente que recibe servicios del Centro de Recursos para el SIDA de Wisconsin (ARCW) / Rocky Mountain CARES (RMC) tiene los siguientes derechos:

- Estar completamente informado, como lo demuestra el conocimiento por escrito del paciente / cliente en el momento de la inscripción y durante el curso de los servicios, de estos derechos y responsabilidades;
- Estar completamente informado, en el momento de la admisión y durante el curso del servicio, de los servicios disponibles en esta agencia;
- Para expresar opiniones, inquietudes o quejas, y recomendar cambios en pólizas y servicios, a través del personal apropiado;
- Para presentar una queja a la que se responderá según los Procedimientos de Quejas de ARCW/RMC.

Servicio y Tratamiento: Cada paciente / cliente inscrito o que recibe servicios relevantes de ARCW/RMC tiene los siguientes derechos:

- Estar completamente informado de las intervenciones psicosociales y médicas disponibles; tener la oportunidad de participar en la planificación de las intervenciones; y poder rechazar intervenciones recomendadas por el personal;
- Elegir un proveedor de atención médica con licencia, certificado o registrado como sea posible;
- Recibir un servicio profesional adecuado y apropiado dentro de la capacidad de la agencia y estar informado de cualquier limitación de los servicios de ARCW/RMC;
- Participar en el desarrollo y la revisión periódica de los planes de tratamiento y servicio.
- A la protección confidencial de los registros y a rechazar su liberación a cualquier persona o entidad ajena a la agencia, salvo que lo exija o lo permita la ley;
- Elegir métodos de comunicación preferidos y razonables con el personal de ARCW/RMC, cuando sea razonable;
- Estar libre de discriminación por edad, registro de arresto / condena, origen nacional, origen étnico, raza, sexo, color, identidad de género, ascendencia, discapacidad, estado civil, embarazo, religión, orientación sexual u otra categoría protegida;
- Ser informado de la identidad y el deber del personal responsable del servicio o la atención, y la identidad y la función y el estado de otras personas involucradas en las intervenciones;
- Para obtener acceso razonable a su propia información de salud y solicitar una enmienda, según lo permitido por la ley aplicable;
- Para designar a una (s) persona (s) que participarán en las conversaciones con los proveedores para atención médica, atención dental, asistencia con la vivienda, asistencia legal, pruebas y administración de casos. La participación en las decisiones de atención por parte de personas que no sean pacientes que reciben atención de salud mental será determinada por el proveedor de atención de salud mental, según corresponda;
- Previa solicitud, ser informado oralmente por escrito, antes de la atención brindada, de los cargos, incluido el pago por la atención / servicio esperado de terceros, cuando sea posible, y cualquier cargo estimado por el cual el cliente / paciente puede ser responsable;
- Para recibir servicios en un ambiente seguro, confidencial, respetuoso y accesible;

- Para recibir un acceso significativo a servicios y tratamiento, independientemente del dominio limitado del inglés, incluida la interpretación oral y documentos vitales traducidos en un idioma o formato comprensible para el cliente / paciente;
- Para recibir servicios y tratamientos accesibles y razonables sin importar la discapacidad;
- Desinscribirse o darse de baja de cualquier servicio o programa, incluido el Hogar Médico de VIH.

Responsabilidades del paciente / cliente: Cada paciente / cliente que recibe servicios tiene las siguientes responsabilidades:

- Seguir el plan de servicio recomendado por el personal y aceptado por el paciente / cliente. Esto puede incluir siguiendo instrucciones de profesionales de la salud afiliados;
- Informar al proveedor del servicio de inmediato si no se comprenden las instrucciones o si no se pueden completar;
- Preguntar sobre posibles resultados, en caso de que no se sigan las intervenciones o instrucciones;
- Proporcionar información precisa y completa sobre las condiciones, inquietudes, quejas y dificultades relacionadas con sus necesidades;
- Proporcionar al personal de ARCW/RMC información y documentación para ayudar con la elegibilidad del programa, como comprobante de ingresos, residencia y seguro;
- Para notificar al personal del programa de cualquier cambio en su estado (incluyendo dirección, teléfono, finanzas, beneficios, salud, necesidades de servicio);
- Para notificar al personal del programa de cualquier deseo de desinscribirse u optar por ningún servicio o programa;
- Seguir las reglas y regulaciones de la agencia, y ser considerado de los derechos, la privacidad y la propiedad de otros pacientes / clientes y del personal de la agencia y los voluntarios.

He leído y / o me han explicado estos Derechos y Responsabilidades.

Con mi firma, declaro que entiendo y acepto estas disposiciones. Una fotocopia firmada de esto será considerada tan válida como el original.

Firma del paciente/cliente	Fecha
Firma del personal de ARCW/RMC	Fecha
Firma del padre/tutor (cuando corresponda)	Fecha

Procedimiento y Póliza de Quejas del paciente / cliente

**Centro de Recursos para el SIDA de Wisconsin
h/n/c Rocky Mountain CARES**

PROPÓSITO

El propósito del Procedimiento de Quejas de pacientes / clientes del Centro de Recursos para el SIDA de Wisconsin (ARCW) / Rocky Mountain CARES (RMC) es trabajar para resolver las quejas relacionadas con la prestación del servicio ARCW / RMC. ARCW / RMC responderá a un reclamo de manera oportuna y efectiva para garantizar que se resuelvan los conflictos y se cumplan las necesidades de servicio al consumidor.

PÓLIZA

Los consumidores tienen derecho a presentar una queja relacionada con los servicios sociales, de prevención y de salud de ARCW / RMC. El procedimiento de quejas ayudará a quienes tengan quejas relacionadas con el acceso o la recepción de cualquier servicio de ARCW / RMC.

Al presentar un reclamo, los pacientes / clientes tienen la seguridad de que:

- no habrá repercusiones del personal de ARCW / RMC, voluntarios u otros usuarios del servicio;
- los servicios continuarán proporcionándose sin interrupción o discriminación;
- el procedimiento de queja es confidencial;
- no hay costo para los consumidores que presentan una queja

ARCW / RMC asistirá al paciente / cliente a través de los pasos del procedimiento de queja. Una persona que presenta una queja puede ser representada por un padre o un tutor legal.

Las quejas se deben presentar dentro de los 90 días del incidente o desde el momento en que el paciente / cliente se enteró del incidente. El límite de tiempo se puede extender por una buena causa, incluido el encarcelamiento, la mala salud, la hospitalización u otros artículos.

Todas las quejas y los pasos para resolverlas se documentarán en el Registro de reclamos de ARCW / RMC mantenido por el Vicepresidente Ejecutivo y Director de Operaciones de ARCW / RMC. Cualquier miembro del personal de ARCW / RMC que reciba una queja completa y firmada, ya sea una completada por el paciente / cliente o una queja oral escrita por un miembro del personal y luego firmada por el demandante, reenviará esta información al Vicepresidente de Operaciones dentro de 24 horas.

El procedimiento de reclamo de ARCW / RMC tiene la intención de abordar problemas de mérito de manera confidencial. ARCW / RMC se reserva el derecho de rechazar agravios frívolos o no meritorios y de rechazar agravios que no sean considerados confidenciales por el consumidor, padre o tutor legal. La decisión de rechazar agravios por falta de mérito o frivolidad será tomada por el Gerente del Programa o el Director. Todas las quejas rechazadas se archivarán, con una explicación del rechazo, en el Registro de Quejas de ARCW/RMC.

PROCEDIMIENTO

Los pacientes / clientes pueden presentar su queja al personal de ARCW / RMC por escrito o verbalmente. Si se presenta una queja verbalmente, el personal de ARCW / RMC pondrá la base y los puntos principales de la queja por escrito y el demandante firmará la queja antes de que ARCW / RMC proceda.

Paso 1: El paciente / cliente completará el Formulario de Reporte de Quejas de ARCW / RMC y lo presentará para su discusión al personal del servicio primario. A través de la discusión, se buscará una resolución. Si la queja formal no puede resolverse mediante discusión, o si la queja involucra directamente al personal del servicio de entrega, continúe con el paso 2.

Paso 2: El paciente / cliente completará y presentará el Formulario de Reporte de Quejas de ARCW / RMC al personal de supervisión apropiado. El supervisor apropiado se pondrá en contacto con el demandante dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción del reclamo para investigar y analizar el problema del agravio y tratar de resolverlo. El supervisor apropiado responderá por escrito al demandante, dentro de los 5 días hábiles de la discusión con el demandante, con una estrategia para resolver el agravio.

Paso 3: El paciente / cliente completará y presentará el Formulario de Reporte de Quejas de ARCW / RMC al Gerente de Programa o al Director correspondiente. El Gerente / Director del Programa se comunicará con el demandante dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de la queja para investigar y analizar el problema de la queja e intentar su resolución. El Gerente / Director del Programa responderá por escrito al demandante, dentro de los 5 días hábiles posteriores a la discusión con el demandante, con una estrategia para resolver la queja.

Paso 4: Si el paciente / cliente no está satisfecho con la respuesta del Gerente / Director del Programa, o si la queja involucra específicamente al Gerente / Director del Programa, el demandante dirigirá el Formulario de Reporte de Quejas de ARCW al Vicepresidente u Operaciones. El Vicepresidente de Operaciones investigará y abordará el problema y se comunicará con el demandante dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción del reclamo. Si no se logra una resolución satisfactoria mutua dentro de este proceso de reclamo, ARCW / RMC consultará con el Programa Estatal de VIH / SIDA para la disposición final de la queja.

He leído y / o me han explicado el Procedimiento de Quejas.

Con mi firma, declaro que entiendo y acepto estas disposiciones. Una fotocopia firmada de esto será considerada tan válida como el original.

Firma del paciente/cliente

Fecha

Firma del personal de ARCW/RMC

Fecha

Firma del padre/tutor (cuando corresponda)

Fecha

FORMULARIO DE INFORME DE QUEJAS
Centro de Recursos para el SIDA de Wisconsin
h/n/c Rocky Mountain CARES
(Copia del paciente / cliente)

Persona que presenta la queja: _____ Fecha: _____

El personal que recibe la queja: _____ Fecha: _____

Descripción de la queja: _____

Programa(s) involucrado(s): _____

Personal/Voluntario involucrado: _____

Firma del demandante: _____

Acciones tomadas para la resolución: _____

Seguimiento necesario: _____

Resolución obtenida: Sí No Comentarios: _____

Apelación de reclamo a: _____

Nota: Use el reverso de esta página si necesita más espacio. El Director debe adjuntar este formulario a los informes escritos correspondientes y archivarlos permanentemente en un lugar confidencial

Contactos del personal para quejas de pacientes / clients

Centro de Recursos para el SIDA de Wisconsin

h/n/a Rocky Mountain CARES

(Copia del paciente / cliente)

Paso 1 Contactos

Personal de entrega directa del servicio (el personal con el que trabaja directamente)

Paso 2 Contactos – Denver

Servicios de salud (Médico, Dental, Salud Mental)

Caroline Eisenberg, Administradora de Servicios de Salud 303-802-5271

Servicios sociales (Administración de casos, Asesoramiento de seguros, Despensa de alimentos)

JC Goodhart, Gerente de Servicios al Cliente 303-802-5259

Servicios de prevención

JC Goodhart, Gerente de Servicios al Cliente 303-802-5259

Paso 3 Contactos – Denver

Servicios de salud

Dr. Ken Greenberg, Director Médico 303-802-8050

Servicios sociales (Administración de casos, Asesoramiento de seguros, Despensa de alimentos)

Karin Sabey, Vice Presidente de Pperaciones 303-802-5299

Servicios de prevención

Karin Sabey, Vice Presidente de Operaciones 303-802-5299

Paso 4 Contacto

Todos los servicios Karin Sabey, Vice Presidente de Operaciones 303-802-5299