Hillsides

CREATING LASTING CHANGE

Póliza de Quejas Del Cliente

La póliza de Hillsides es tratar a todos los clientes con equidad y profesionalismo y esforzarse por la excelencia en la prestación de servicios a los clientes. La póliza de Hillsides brinda a los solicitantes, clientes y otras partes interesadas y sus familias o tutores legales la oportunidad de expresar un problema o una queja relacionada con la calidad de los servicios. Si siente que ha sido tratado de manera injusta o no profesional o si considera que se han violado sus derechos, se debe utilizar el siguiente procedimiento.

El procedimiento de quejas de Hillsides está diseñado para proporcionar un medio para aquellos que solicitan los servicios de Hillsides y los clientes que reciben servicios para presentar una queja a Hillsides y alcanzar una resolución rápida. Hillsides tiene una póliza estricta que prohíbe las represalias en cualquier forma contra cualquier persona que presente una queja.

Si decide presentar su queja a un miembro del equipo o anónimamente, la información se mantendrá confidencial. Sólo aquellos que son necesarios para la investigación de la queja serán hechos conscientes de ello. Esto podría incluir el monitor de quejas del departamento prospectivo, supervisores que están relacionados con la persona/lugar/servicio que está involucrado en la queja, y/u otros miembros del personal que hayan sido implicados. Además, la queja es almacenado en un archivo confidencial y cerrado con llave. Cualquier persona que presenta una queja será protegida de tal manera que no se le tomará represalias por haber hecho el informe.

Una queja se define como cualquier situación o condición que un cliente piensa que es injusta e inequitativa. Además, si un cliente simplemente declara que quiere presentar una queja, debería ser completado. Para presentar una queja, por favor siga la siguiente manera:

Para los clientes del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles, si tienen una queja, la inquietud se puede discutir con el personal de Hillsides o pueden presentar una queja sin ninguna discusión en el portal de la Oficina de Derechos del Paciente de LACDMH en https://lacdmhpcg.powerappsportals.us/en-US Se puede acceder a los formularios de quejas y apelaciones en https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/#PRForms

1(a). Si usted tiene una queja, la queja puede ser discutida con un empleado de Hillsides.

o

1(b). Puede presentar una queja sin cualquier discusión. Los formularios de quejas se pueden encontrar en los siguientes:

- El vestíbulo de cualquier sitio de Hillsides.
- En las computadoras asignadas para el uso del cliente. Por favor, consulte el “desktop” para el icono de quejas.
- Puede solicitar el formulario de cualquier personal de Hillsides.
- En nuestro sitio web en www.Hillsides.org. Haga clic en "formulario de quejas" en la página principal
- Los formularios de quejas se pueden enviar por correo electrónico a compliance@hillsides.org
- Formularios de quejas anónimos se pueden enviar por correo a 940 Ave 64 Pasadena, CA 91105. Atención a: Departamento de Control de Calidad/Cumplimiento

*Favor de notar: Si decide proceder con 1(a) para hablar con algún personal de Hillsides a presentar una queja y no se puede llegar a un acuerdo, por favor continúe con 1(b) para asegurarse de que la queja se mueve hacia adelante.

2. Una vez notificado por escrito, Hillsides iniciará una investigación dentro de un día hábil y le proporcionarán un reconocimiento dentro de 7 días.

3. Hillsides reportará el resultado de la investigación de la queja a usted dentro de 14 días hábiles después de que se reciba la queja.

4. Si no ha sido posible recopilar la información necesaria que llevaría a una resolución durante 14 días hábiles, usted será notificado y dado un plazo adicional de 30 días, por lo que una resolución o decisión se tomará.

5. Si el asunto no ha sido resuelto a su satisfacción, usted puede decidir discutir sus preocupaciones con cualquier supervisor.

6. Si sigue insatisfecho con los resultados o no se siente cómodo hablando con cualquier supervisor, puede ponerse en contacto con el Miembro designado del Comité de Cumplimiento de Hillsides para discutir el asunto.

7. El Miembro del Comité de Cumplimiento realizará una revisión del asunto y le responderá por escrito dentro de los 10 días hábiles. La decisión y las recomendaciones del Miembro del Comité de Cumplimiento serán definitivas.

8. Se puede presentar una queja ante la Junta de Ciencias del Comportamiento, donde el profesional de salud mental tiene licencia o está registrado, con respecto a los servicios recibidos por el profesional. Esto cumple con AB 630, Capítulo 229, Estatutos de 2019 para brindar esta información a los clientes que reciben psicoterapia.

   La Junta de Ciencias del Comportamiento recibe y responde a las quejas sobre el servicio prestado dentro del alcance de la práctica de (terapeuta matrimonial y familiar, psicólogo educativo con licencia, trabajadores sociales clínicos o consejeros clínicos profesionales). Puede comunicarse con la junta en línea en www.bbs.ca.gov, o llamando al (916) 574-7830.

   Para presentar una queja electrónicamente:
   http://www.breeze.ca.gov/datamart/mainMenu.do

Continúe en la página siguiente para obtener el formulario

Formulario de Reportes y Procedimientos

Este formulario es para completarse si desea hacer o presentar una queja o denuncia. También puede pedir a alguien que está actuando con su conocimiento y consentimiento para escribir o expresar la queja. (Usted puede presentar este informe anónimamente, sin embargo, puede ser más difícil para Hillsides abordar el tema.)

Fecha de Reporte: _____ **Programa o Locación: _____**

Nombre de Cliente: (Apellido, nombre): _____

Relación con el cliente: _____Nombre del cliente, si es diferente del anterior: _____

Dirección del Cliente:

_____

Número de teléfono: _____

¿Es esta su primera queja con respecto a este incidente? _____ Sí _____ No

¿Ya ha hablado con un personal de Hillsides sobre esto? _____ Sí _____ No

Declaración de Queja

¿Cuándo ocurrió el evento o incidente?

Fecha(s) especifico: _____

Tiempo (Si se conoce): _____

Enumere el nombre o los nombres de todas las personas involucradas en el evento o incidente:

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Declara el evento o incidente que se le solicite esta queja o un reclamo:

(Incluye todos los detalles pertinentes que ayudaran en el seguimiento sobre este tema):

Esta sección debe ser completada por personal

Follow-Up Action Taken

Staff Assigned To Follow Up: _____ **Date Assigned**: _____

Supervisor/Manager Informed: _____ **Date Informed**: _____

Program: (see below) _____ **Program Where Grievance Occurred (if different)** _____

Person Marking Complaint: _____ (P1 Client) (P2 Family/Guardian) (P3 Other)

Complaint Code: (see below) _____

C1. Access to care (Ex: scheduling, waiting times, treatment delays returning calls)

C2. Personnel/Staff complaint (Ex: Rude, disrespectful, unfriendly or unsympathetic behavior)

C3. Complaints regarding treatment (Ex: quality of care or quality of treatment)

C4. Complaints regarding other administration or service problem

C5. Facilities

C6. Patient's rights

C7. Request to change providers (Ex: requesting another psychiatrist or other change of provider) C8.

Other (Explain)

Additional Information Related to Grievance: (Include interviews, documents, records, incident reports, videos, or film, etc.)

_____ Incident Report Written _____ Incident Report Not Required

Steps Taken:

<u>Summary of Outcome/Conclusion:</u>

Resolution: _____ (F1: Resolved / F2: Unresolved / F3: Further action required / F4: Other)

Recommendations/Action Taken:

Notified Complainant of Action Taken: Yes _____ No _____ Date: _____

Print name: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

Program Manager Signature: _____ Date: _____