



**FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS  
FORMALES/QUEJAS DEL AFILIADO**

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

**Escriba toda la información con letra de molde.**

**Información sobre el denunciante:**

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )  
Nombre Número de Teléfono del Trabajo Número de Teléfono Particular

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

**Nombre de la/s persona/s relacionada/s con el denunciante:**

\_\_\_\_\_ N.º:  
Nombre Número de Identificación

\_\_\_\_\_ N.º:  
Nombre Número de Identificación

\_\_\_\_\_ N.º:  
Nombre Número de Identificación

**Naturaleza de la queja:** [Marque todo lo que corresponda]

\_\_\_ Publicidad \_\_\_ Dificultad para cancelar la afiliación \_\_\_ Facturación al afiliado  
\_\_\_ Calidad \_\_\_ Transporte \_\_\_ Accesibilidad a la atención  
\_\_\_ Atención de emergencia \_\_\_ Actitud del personal \_\_\_ Autorización

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Declaración del problema:** Fecha en que Ocurrió: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_  
Describa el problema/la queja en detalle:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Use el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.

\_\_\_\_\_ Fecha

Firma del Afiliado  
(o firma del padre/de la madre si el afiliado es menor de edad o discapacitado)

**PERMISO MÉDICO**

**AFILIADO:** Proporcione el nombre y el número de teléfono de cualquier proveedor que pueda haberle brindado tratamiento para la afección que es objeto de esta queja formal.

**Todos los Expedientes Médicos obtenidos se mantendrán bajo estricta confidencialidad y se utilizarán únicamente con fines de revisión de su queja formal.**

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO, AUTORIZO Y SOLICITO AL/A LOS PROVEEDOR/ES ANTES MENCIONADO/S A QUE DIVULGUE/N A HEALTH NET TODOS LOS EXPEDIENTES MÉDICOS QUE RESPALDEN LA NECESIDAD MÉDICA PARA EL OBJETO DE ESTA QUEJA FORMAL:

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

(Si firma otra persona que no sea el Afiliado)

**PARENTESCO:** \_\_\_\_\_

(MADRE, PADRE, TUTOR)

---

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda adicional con respecto a este asunto, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al número gratuito (800) 675-6110 o al Número TTY/TDD: (800) 431-0964. Una vez completado, envíe este formulario a: Health Net, Attn: Medical Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Número de Fax: (877) 831-6019.