



# Distrito de Salud del Condado de Clayton-Ryan White

## Hoja informativa sobre el client

**Por favor, imprima al completar este formulario**

Cita: _____ Walk: _____ En espera: _____ (Marque uno)		
Fecha: _____	Reason para la visita: _____	
¿Otros problemas de salud hoy? _____		

Apellido: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Client)

Apellido de soltera: \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? [ ] Sí [ ] No      ¿Fumas? [ ] Sí [ ] No

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Género (al nacer): \_\_\_\_\_ Identidad de género \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Alergias:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Distrito de Salud del Condado de Clayton-Ryan White Declaración y verificación de seguros

Algunos programas ofrecen tarifas reducidas basadas en los ingresos. Para solicitar una tarifa reducida, proporcione la siguiente información (Planificación familiar, ETS y controles de salud para niños):

Número de miembros de la familia en el hogar: \_\_\_\_\_

Ingreso familiar total: \$ \_\_\_\_\_ [ ] Semanal [ ] Mensual [ ] Anual

Ingresos autodeclarados: \_\_\_\_\_  
(Planificación familiar o ETS solamente)

**O**

Comprobante de ingresos: [ ] Talón de pago [ ] W2 [ ] Verificación del Seguro Social [ ] Otro (explicar) \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico? [ ] Sí [ ] No

Client tiene cobertura de seguro de salud con lo siguiente: (Verifique TODOS los que correspondan)

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid   | <input type="checkbox"/> Medicare   |
| <input type="checkbox"/> Wellcare   | <input type="checkbox"/> Seguro Privado _____<br><small>Nombre del proveedor de seguros</small> |
| <input type="checkbox"/> Peachstate | <input type="checkbox"/> El paciente no tiene seguro de salud                                   |
| <input type="checkbox"/> Amerigroup |   |

Client no tiene seguro de salud debido a lo siguiente: (Verifique todas las exclusiones que se aplican)

- Soy un nativo americano que recibe servicios de atención médica a través del servicio de salud indígena o la organización del tribunal.
- Estoy en un período de exclusión bajo mi plan de seguro de salud.
- He agotado mis límites de por vida bajo mi plan de seguro.
- Tengo una cobertura de alcance limitado, como atención dental, de visión, a largo plazo o cobertura para enfermedades específicas, sin incluir la planificación familiar y / o la detección del cáncer de mama y cuello uterino.
- Tengo seguro de salud a través de una compañía autoasegurada que no proporciona cobertura para planificación familiar y / o detección de cáncer cervical.

Verifico que la información que he dado anteriormente es actual y precisa. Entiendo que se me puede pedir que proporcione una prueba por escrito de cualquier exclusión de seguro como se indicó anteriormente. Entiendo que calificar para cualquier tarifa especial con descuento se basará en la información sobre mis ingresos y el número de dependientes como se mencionó anteriormente. Entiendo que si tengo seguro o no revelo la información del seguro, seré responsable del pago de los servicios prestados.

Mi firma a continuación indica que he leído o me ha leído las regulaciones anteriores. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y entender las pautas como se mencionó anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

SOLO USO EN LA OFICINA: Ingresos verificados, autodeclarados al \_\_\_\_\_%

\_\_\_\_\_  
Testigo ccHD (empleado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Aviso de Políticas de Privacidad para el Distrito de Salud del Condado de Clayton**  
**Página de firma**

- He tenido la oportunidad de leer/o solicitar el Aviso de prácticas de Información de Salud del Distrito de Salud del Condado de Clayton.
- Prefiero limitar la divulgación de mi información de salud y deseo hablar con el Oficial de Maternidad del Distrito de Salud P del Condado de Clayton.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si está firmado por alguien que no sea el client, indique la relación con client.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ dio el Aviso de Prácticas de  
(NOMBRE DEL EMPLEADO)

Información de Salud a \_\_\_\_\_ el  
(NOMBRE DEL CLIENTE)

\_\_\_\_\_ y él / ella se negó a firmar el acuse de recibo.  
(FECHA)



**4. Gastos del cliente**

<b>Fuente de deuda</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Importe</b>
Alquiler/Hipoteca			
Utilidades			
Teléfono			
Pago de automóvil / Seguro de automóvil			
Seguro de Salud/Vida			
Facturas del hospital			
Doctor Bills			
Manutención de menores/pensión alimenticia			
Otro			
Otro			

Total De Gastos Mensuales \$ \_\_\_\_\_

**NOTA:** Los ingresos incluyen salarios, ingresos por alquiler de apartamentos o internados, manutención de los hijos, pensión alimenticia, pensiones, etc. Adjunte un talón de cheque de pago de las últimas cuatro semanas, el W-2 más reciente o una declaración notariada del empleador que verifique los ingresos. Si corresponde, adjunte declaraciones de pagos de manutención infantil, carta de adjudicación de asistencia pública, carta de Ingresos del Seguro Social y formulario de cheque de desempleo, etc. Si no aparece ningún ingreso, explique cómo se satisfacen los gastos de subsistencia.

Al firmar esta declaración, verifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (Nombre y título del empleado de CCHD)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Distrito de Salud del Condado de Clayton**  
**Formulario de solicitud de tarifa de Ryan White escala móvil**

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

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

Nombre de los asalariados en el hogar:

---

---

---

---

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Número de miembros de la familia: \_\_\_\_\_

Ingreso Anual Combinado: \_\_\_\_\_

Documentos aportados por el cliente para acreditar ingresos:

---

---

El miembro del personal del Distrito de Salud del Condado de Clayton ha explicado que es mi responsabilidad financiera. Mi porcentaje de descuento de la tarifa completa del Distrito de Salud del Condado de Clayton es \_\_\_\_\_% basado en mis ingresos actuales y el tamaño de mi familia. Mi período de elegibilidad de 6 meses comienza el \_\_\_\_\_ Tendré que ser redeterminado para este programa en la fecha de aniversario de 6 meses que es \_\_\_\_\_ Entiendo que debo traer más documentación actualizada en ese momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (Nombre y título del empleado de CCHD)

\_\_\_\_\_  
Fecha

# **CCHD Ryan White**

## **Política de tarifas de escala móvil Aviso a clientes**

Esta práctica sirve a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Se ofrecen descuentos por servicios esenciales dependiendo del tamaño de la familia y los ingresos.

Por favor, traiga un comprobante de ingresos con usted a cada visita.

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

EN LOS ÚLTIMOS TRES (3) MESES, ¿HA EXPERIMENTADO LO SIGUIENTE?	SÍ	NO	COMENTARIOS
Pérdida de peso			
Debilidad / Fatiga			
Fiebre, escalofríos, sudores nocturnos			
Agrandamiento de los ganglios linfáticos			
Infecciones bucales de cualquier tipo			
Encías dolorosas o sangrantes			
Llagas de larga duración en los labios			
Alteraciones visuales			
Tos			
Dificultad para respirar			
Pérdida de apetito			
Dolor o dificultad para tragar			
Náuseas/vómitos			
Distensión abdominal (hinchazón abdominal)			
Diarrea			
Problemas rectales o anales			
Hepatitis A, B, C o ictericia			
Parásitos intestinales			
Sangrado o moretones inusuales			
Jaqueca			
Dificultad para concentrarse			
Confusión			
Cambio en la capacidad mental			
Convulsiones			
Depresión			
Entumecimiento/hormigueo			
Herpes zóster (herpes zóster)			
Cualquier nueva erupción o decoloración de la piel			
Cualquier problema de la piel que le preocupe			
<b>HISTORIA PASADA</b>			
¿Tiene alguna enfermedad crónica?			
¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía?			
¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre?			
¿Está tomando algún medicamento ahora?			



# Hoja de Información de Paciente del Control de Enfermedades Infecciosas (IDC)

Soy VIH+     SÍ     NO      Fecha aproximada de la prueba \_\_\_\_\_

Fui infectado a través de: (Marqué todas las que correspondan.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Contacto homosexual           | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre          |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para la hemofilia | <input type="checkbox"/> Desde que nació (Como un bebé) |
| <input type="checkbox"/> Contrato heterosexual         | <input type="checkbox"/> Otro                           |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas intravenosas    |   |

Su médico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Su hospital: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha estado tomando algún medicamento contra el VIH?     SÍ       NO

Si la respuesta es SI, escriba los nombres a continuación

Primera Combinación

Segunda Combinación

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Tercera Combinación

Cuarta Combinación

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



<b>Nombre del cliente</b>	
<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Registros médicos (medical records) #</b>	<b>SSN #</b>

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Solicito y autorizo: \_\_\_\_\_  
 (Nombre de la persona/agencia que solicita información)

\_\_\_\_\_  
 (Dirección)

para obtener de: \_\_\_\_\_  
 (Nombre de la persona/agencia que solicita información)

\_\_\_\_\_  
 (Dirección)

El siguiente tipo(s) de la información de mis registros (y cualquier parte específica de los mismos).  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

a los efectos de: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Entiendo que la Regla de Privacidad federal (HIPAA) no protege la privacidad de la información si se vuelve a divulgar y, por lo tanto, solicito que toda la información obtenida de esta persona o agencia se mantenga estrictamente confidencial y no sea divulgada por el destinatario. Además, entiendo que mi elegibilidad para beneficios, tratamiento o pago no está condicionada a la provisión de esta autorización. Tengo la intención de que este documento sea una autorización válida que cumpla con todos los requisitos de la Regla de privacidad y entiendo que mi autorización permanecerá vigente para: **(POR FAVOR, VERIFIQUE UNO)***

- Noventa (90) días a menos que especifique una fecha de vencimiento anterior aquí: \_\_\_\_\_
- Un (1) año
- El período necesario para completar todas las transacciones en asuntos relacionados con los servicios que se me prestan.

*Entiendo que a menos que las regulaciones estatales o federales limiten lo contrario, y excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en ello, puedo retirar esta autorización en cualquier momento.*

\_\_\_\_\_  
 (Firma del Cliente)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)

\_\_\_\_\_  
 (Firma del personal del Testigo/CCHD)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)

**UTILICE ESTE ESPACIO SOLO SI SE RETIRA LA AUTORIZACIÓN**

\_\_\_\_\_  
 (Firma del Cliente)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha de Retiro)



# Programa de Ryan White Parte B Formulario de Selección de Inscripción en Seguros Privados

Nombre del cliente

Número de identificación (ID) de cliente

Nombre del empleado

## Evaluación de inscripción

S    N    N/A

    

**El cliente fue informado sobre otras opciones de seguro de salud.**

Fecha del encuentro:

\_\_\_\_\_

    

**El cliente fue referido a una inscripción en el Mercado de Seguros Médicos Ubicación de asistencia en su área.**

Fecha del encuentro:

\_\_\_\_\_

    

**¿Es el cliente elegible para el seguro a través del Mercado de Seguro Médicos?**

Fecha de Encuentro:

\_\_\_\_\_

Si no, ¿los ingresos del cliente son iguales o inferiores al 99% de FPL? Sí [ ] No [ ] (En caso afirmativo, comprobante de ingresos requerido. En caso negativo, sírvase explicarlo a continuación).

**¿Tiene el cliente un certificado de exención?** Sí [ ] No [ ] (En caso afirmativo, copia de exención requerida. En caso negativo, sírvase explicarlo a continuación).

    

**El cliente será inscrito o re-certificado en Ryan White Parte B/ADAP.**

Fecha del encuentro:

\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, y el cliente es elegible para un plan de seguro de salud, explique por qué en las Notas sección.

Si no, y el cliente tiene un ingreso igual o inferior al 99% FPL o tiene un certificado de exención, explique por qué en la sección Notas.

## Notas

Firma del cliente

Fecha

Representante de CCHD

Fecha

**Distrito de Salud del Condado de Clayton**  
**Clínica Ryan White**  
**Política de Acuerdos con el Cliente**

**1. ELEGIBILIDAD**

Cualquier persona que resida en el condado de Clayton que sea VIH positiva es elegible para los servicios. Los clientes fuera de esta área serán considerados a petición individual. Todos los pacientes nuevos que se presenten a la clínica solicitando servicios de VIH deben presentar uno de los siguientes documentos: resultados positivos de la prueba de VIH, carga viral o informe CD4.

El Distrito de Salud 3-3 del Condado de Clayton no rechaza los servicios basados en el sexo, la edad, la religión, la raza, el estado económico, la orientación sexual o el modo de transmisión.

**2. SERVICIOS**

- Gestión de casos: se evalúa a todos los clientes y se establecen planes de atención.
- Servicios sociales
- Referencias de consejería de salud mental / abuso de sustancias, cuando sea necesario.
- Evaluación nutricional y asesoramiento
- Servicios médicos: todos los clientes elegibles tendrán una evaluación médica
- Asistencia financiera para laboratorios, medicamentos y visitas al médico, según las pautas de política y procedimientos de Ryan White.
- Asistencia para la vivienda
- Educación entre pares y clientes
- Oportunidades de divulgación/participación de la comunidad

**3. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE**

Esta declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente está diseñada para permitir que los clientes actúen en su propio nombre y en asociación con el Personal del Distrito de Salud del Condado de Clayton-Ryan White para obtener la mejor atención y tratamiento posibles para el VIH / SIDA. Los clientes que acaban de ingresar o que actualmente acceden a servicios de atención, tratamiento o apoyo para el VIH/SIDA tienen los siguientes derechos y responsabilidades.

**Derechos del cliente**

- a. Los clientes tienen derecho a ser informados de los servicios que la Clínica Ryan White proporciona sobre cómo obtener dichos servicios y la razón por la que no se brindan los servicios.
- b. Los clientes tienen derecho a elegir si desean solicitar asistencia a través de este programa.
- c. Los clientes tienen derecho a recibir los servicios necesarios; estos pueden o no incluir todos los servicios deseados.
- d. Los clientes tienen derecho a recibir atención y tratamiento considerados, dignos y respetuosos por parte de todo el personal de CCHD.
- e. Los clientes tienen derecho a rechazar el servicio o a terminar la participación sin recriminación.
- f. Los clientes tienen derecho a esperar que la agencia mantenga la confidencialidad de toda la información en gráficos y registros relacionados con los servicios recibidos, excepto cuando la ley exija lo contrario (a menos que implique suicidio, homicidio, abuso de un niño o adulto incapacitado o peligro específico para otros). Esto no se aplica a los datos estadísticos, que pueden ser requeridos por las agencias de financiación.

**Responsabilidades del cliente**

- a. Los clientes son responsables de llevar un comprobante de ingresos a cada visita de evaluación médica.
- b. Los clientes son responsables de hacer y asistir a las citas para evaluaciones médicas cada 3 meses.
- c. Los clientes son responsables de notificar al personal de CCHD-Ryan White con anticipación si deben cancelar una cita. Después de 3 citas fallidas, se contactará al cliente para discutir la barrera a la atención.
- d. Los clientes son responsables de proporcionar, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre la salud y las enfermedades actuales y pasadas, los medicamentos y otros tratamientos y servicios que afectan su atención.
- e. Los clientes son responsables de informar a la clínica o al personal de cualquier ingreso hospitalario o visita a la sala de emergencias.
- f. Los clientes son responsables de mantener citas y compromisos en esta agencia o informar a la agencia de inmediato si no puede hacerlo.

- g. Los clientes son responsables de seguir las reglas y regulaciones de la agencia con respecto a la atención y conducta del paciente / cliente.
- h. Los clientes son responsables de ser considerados y respetuosos con el personal y otros clientes.
- i. Los clientes son responsables de abstenerse del uso de lenguaje obsceno, abusivo u hostil; amenazas, violencia o intimidación; portar armas de cualquier tipo; robo o vandalismo; intoxicación o uso de drogas ilegales; acoso sexual y mala conducta.
- j. Los clientes son responsables de mantener la confidencialidad de otros clientes que reciben atención o servicios en la agencia respetando su derecho a la privacidad y los servicios confidenciales, y de mantener la información confidencial que pueden obtener mientras están en CCHD-Ryan White (como la identidad de otros clientes de CCHD o la información personal discutida en grupos).
- k. Los clientes son responsables de informar a la clínica o al personal cada vez que no entienden la información que se les da.
- l. El inglés es el idioma principal de nuestra clínica. Si un cliente no habla, lee o escribe inglés, la traducción estará disponible. Si se necesita un traductor, el personal de la clínica debe ser notificado con 7 días de anticipación.
- m. Los clientes deben ser conscientes de que existe una Política de Quejas que se puede obtener en la clínica CCHD-Ryan White.
- n. Los clientes tienen la responsabilidad de seguir adelante con las acciones acordadas en su plan individual de servicio al cliente.

**4. SUSPENSIÓN INVOLUNTARIA DE SERVICIOS**

Cuando un cliente se involucra en un comportamiento que impide la capacidad de la agencia para proporcionar servicios a esa persona u otros clientes, puede ser necesaria la suspensión involuntaria. Los clientes pueden ser suspendidos en circunstancias en las que los clientes no cooperan en el contexto de las Directrices BLANCAS de CCHD-Ryan.

Las razones para la suspensión pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- 1. Comportamiento agresivo o abusivo hacia otros clientes, voluntarios o miembros del personal.
- 2. Comportamiento que infringe la capacidad de otros clientes para recibir servicios de CCHD-Ryan White.
- 3. Comportamiento o estado mental que interfiere con la capacidad de CCHD-Ryan White para proporcionar servicios.
- 4. Un diagnóstico médico que indique que el cliente no es VIH + (no tiene SIDA) y que no se justifica ninguna prueba médica adicional.
- 5. Incapacidad o falta de voluntad para seguir las reglas.
- 6. No asistir a las citas o cumplir con las recomendaciones.

Antes de la suspensión, siempre que sea posible, el personal apropiado se reunirá con el cliente y establecerá un contrato de prueba por escrito bajo el cual el cliente puede continuar recibiendo servicios.

**5. PAGO DE SERVICIOS**

Los cargos acumulativos anuales máximos a una persona por servicios relacionados con el VIH se basan en las Pautas Federales de Pobreza. Las tarifas de servicio se basan en los ingresos del cliente, utilizando una escala móvil. Los servicios no se negarán debido a la incapacidad de pago del cliente. CCHD-Ryan White no presenta Medicaid y Medicare. Los clientes serán responsables de presentar sus propios reclamos de seguros privados.

El cliente es responsable de mantenerse al día con sus cargos y de informar al personal de CCHD-Ryan White cuándo ha alcanzado su límite de porcentaje de facturación, por lo que ya no se le cobrará.

He leído la Política de Acuerdo de Cliente de CCHD-Ryan White y he tenido mis preguntas respondidas a mi satisfacción. Acepto la política y deseo servicios médicos a través del Programa Ryan White en el Distrito de Salud del Condado de Clayton.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Distrito de Salud del Condado de Clayton**  
**Procedimiento de quejas de clientes de Ryan White**

1. Un cliente debe presentar su queja por escrito al Coordinador o representante del Programa Ryan White dentro de los diez (10) días hábiles con respecto al desacuerdo o recibir un aviso de que ya no está inscrito en el programa.
  - a. La queja escrita debe indicar la naturaleza de la preocupación y la resolución deseada.
  - b. La queja es revisada por los miembros del Consorcio de VIH/SIDA y respondida por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a su recepción, con una copia al Coordinador de Enfermedades Infecciosas. Si se necesita más información del cliente, entonces el cliente tiene cinco (5) días hábiles para proporcionar esta información. La apelación se responde dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la recepción de la información.
  - c. El hecho de no presentar una apelación por escrito dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la queja o la eliminación del programa, o la falta de respuesta a la solicitud de información adicional dentro de los cinco (5) días hábiles renuncia al derecho de apelación.
  
2. Si el cliente no está satisfecho con la decisión en el Paso 1, él / ella puede presentar la misma queja al Director de Salud del Distrito dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de la decisión inicial.
  - a. El paso 2 de la queja debe presentarse por escrito especificando la naturaleza de la queja, el resultado deseado e indicando que se ha seguido el primer paso del procedimiento.
  - b. El Director de Salud del Distrito puede nombrar un comité de revisión. Los miembros de este comité no pueden ser Administradores de Casos del Programa Ryan White. El comité notificará al cliente por escrito de su decisión, con una copia al Coordinador del Programa Ryan White, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud para revisar la decisión.
    - i. Sin embargo, si se necesita más información del cliente, el cliente tiene cinco (5) días hábiles para suministrarla. El comité revisa esta información y notifica al cliente de su decisión dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de esta información, con una copia al Coordinador del Programa Ryan White.
    - ii. La falta de respuesta a la solicitud de información adicional dentro de los cinco (5) días hábiles renuncia al derecho de apelación.
  
3. Si el cliente no está satisfecho con la decisión en el Paso 2, él / ella puede presentar la misma queja al Gerente de Servicio de Atención de HV / SIDA a nivel estatal en la Sección de Servicios de Prevención, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la decisión de apelación.
  - a. El paso 3 de la queja debe presentarse por escrito especificando la naturaleza de la queja, el resultado deseado e indicando que se ha seguido el segundo paso del procedimiento.

He leído la Política de Quejas de CCHD-Ryan White y he recibido respuestas a mis preguntas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo con la política y soy consciente de los pasos que debo tomar para presentar una queja.

---

Firma del cliente

---

Fecha

---

Firma del empleado

---

Fecha