



## Formulario de quejas sobre derechos civiles

Para presentar una queja pública sobre derechos civiles, complete las siguientes secciones del formulario y envíelo por correo o por fax a Corporate Integrity Program Office (oficina del Programa de Integridad Corporativa) de CSHS, a 8700 Beverly Blvd, Los Ángeles, CA 90048, o envíelo por fax a (323) 866-7871.

Una vez que la oficina del Programa de Integridad Corporativa reciba este formulario, usted recibirá una carta de acuse de recibo o nuestra oficina se comunicará con usted de otro modo para confirmar la recepción y notificarle que la queja ingresará a nuestro proceso de revisión interna.

---

### Sección I – Persona que presenta esta queja

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

Dirección postal:

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Números de teléfono:

Celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Particular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ interno: \_\_\_\_\_

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

Requisitos de formato accesible:

\_\_\_ Con letra impresa grande \_\_\_ Cinta de audio \_\_\_ TTY

\_\_\_ Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Idioma, de ser diferente al del formulario de queja: \_\_\_\_\_

---

Sección II – Presentación por parte de un tercero

¿Está presentando esta queja en nombre propio?    Sí \_\_\_\_    No \_\_\_\_

*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la sección III, más abajo.*

Si no, por favor suministre el nombre de la persona para la cual está presentando la queja y su relación con dicha persona:

Nombre de la persona para la cual está presentando esta queja:

---

Su relación con la persona mencionada arriba:

---

Por favor explique por qué usted ha presentado esta queja en nombre de la persona mencionada arriba:

---

---

---

---

¿Tiene usted el permiso de la persona mencionada arriba para presentar esta queja en su nombre?

Sí \_\_\_\_    No \_\_\_\_

Si no lo tiene, por favor explique por qué:

---

---

---

Si está presentando una queja en nombre de otra persona, es posible que no podamos responderle o proporcionarle información específica si esto viola la confidencialidad del paciente.

---

Sección III – Información sobre la queja

¿Alguna vez ha presentado antes una queja pública sobre derechos civiles a CSHS?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si respondió sí, ¿a qué departamento o área se informó la queja? Por favor provea el nombre específico, si lo sabe:

---

---

---

---

¿Ha presentado esta queja a algún gobierno federal, estatal o local o a otros organismos?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si respondió sí, por favor especifique:

---

---

---

¿Ha presentado una demanda en relación a esta queja?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si respondió sí, provea (adjunte) una copia del formulario de queja de la demanda.

*[Nota: Esta información que aparece arriba es útil por razones de rastreo administrativo y para ayudarnos a asegurarnos de estar trabajando con las partes apropiadas para realizar el seguimiento de esta queja.]*



Sección IV – Naturaleza de la queja

Razón de la supuesta discriminación (marque todas las opciones aplicables):

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Raza                                      | <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Color                                     | <input type="checkbox"/> Edad         |
| <input type="checkbox"/> Nacionalidad                              | <input type="checkbox"/> Sexo         |
| <input type="checkbox"/> Otra razón (por favor especifique): _____ |                                       |

Nombre de la división, el departamento o el individuo de CSHS contra el cual está dirigida la queja, si se conoce:

División, departamento o individuo de CSHS:

\_\_\_\_\_

Miembro del personal de CSHS que tendría información sobre las circunstancias de esta queja (si se conoce):

\_\_\_\_\_ Título (si se conoce): \_\_\_\_\_

Si la queja se relaciona con la atención del hospital, y usted conoce su número de registro médico o el número del paciente en cuestión, por favor indique el número aquí:

\_\_\_\_\_

Fecha del incidente: Indique la fecha del incidente con la mayor precisión posible. Si no recuerda una fecha específica, trate de indicarnos a qué servicio de ingreso al hospital o servicio para pacientes ambulatorios se refiere, de ser aplicable:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar del incidente: Si usted estuvo en más de una habitación o lugar durante su visita al hospital, por favor trate de recordar dónde ocurrió el incidente. Si el incidente ocurrió en una instalación de Cedars-Sinai ubicada fuera del campus principal o en el consultorio de un médico privado, por favor indíquelo también:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa su queja e incluya detalles específicos, tales como nombres, fechas, horas, áreas, testigos y cualquier otra información que sería útil para que podamos investigar su inquietud. De ser necesario, use hojas de papel separadas y adjúntelas al presente documento. Incluya cualquier otro documento que le parezca útil para nuestra revisión de su inquietud.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Por favor comparta cualquier solicitud especial o resolución que tenga en mente en relación a su queja.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sección V - Firma de la persona que presenta la queja

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