



Formulario de queja del miembro

Se ha suministrado este formulario para que usted pueda describir sus quejas y que el Departamento de Apelaciones y Quejas Formales de Healthfirst lo revise y responda. Indique fechas, horas, lugares y personas implicadas. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al Departamento de Servicios a los Miembros de Healthfirst al número gratuito **1-866-463-6743 (TTY 1-888-867-4132)**. Usted tiene derecho a presentar una queja directamente ante una oficina del área del Departamento de Salud del Estado de Nueva York con respecto a la atención médica. Consulte el Manual para miembros de Healthfirst para obtener un listado de la o las direcciones de las oficinas del área, así como los números de teléfono correspondientes. Healthfirst no tomará ninguna medida en su contra por presentar una queja.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

NOMBRE DEL MIEMBRO _____
Nombre Apellido

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO _____

DIRECCIÓN DEL MIEMBRO _____
Calle Apt. N.º Ciudad Estado Código postal

NÚMERO DE TELÉFONO* (_____)
Código de área

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA SI NO ES EL MIEMBRO** _____
Nombre Apellido

RELACIÓN CON EL MIEMBRO _____

DIRECCIÓN DEL RECLAMANTE _____
Calle Apt. N.º Ciudad Estado Código postal

NÚMERO DE TELÉFONO* (_____)
Código de área

* Si no tiene teléfono, indique el número de teléfono de un familiar, vecino u otra persona que pueda localizarle.

** Si es una persona distinta del titular de la familia, suministre documentación del tutor legal o el consentimiento escrito del miembro para representarle.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR:

NOMBRE DEL PROVEEDOR _____
Nombre Apellido

DIRECCIÓN _____
Calle Apt. N.º Ciudad Estado Código postal

NÚMERO DE TELÉFONO (_____) _____ Fecha de la visita: _____
Código de área

Descripción de la queja: _____

Firma del miembro o reclamante

Fecha

Firma del representante que brinda ayuda

Fecha

Devuelva este formulario completo a:
Healthfirst
P.O. Box 5166
New York, NY 10274-5166
o envíe un fax al 1-646-313-4618