

Si precisa asistencia para completar este formulario:

Usted puede pedirle ayuda a cualquier miembro del personal de Servicios para Problemas con el alcohol y las drogas.

Puede llamar a Servicios para Miembros. (916) 875-6069

Número gratuito 1-888-881-4881
TDD California Relay Service: 711

Puede llamar al Defensor de Derechos de los Pacientes. (916) 333-3800

Sacramento County Board of Supervisors

- Phil Serna, 1^{er} Distrito
- Patrick Kennedy, 2^{do} Distrito
- Rich Desmond, 3^{er} Distrito
- Rosario Rodriguez, 4^{to} Distrito
- Pat Hume, 5^{to} Distrito

County Executive
David Villanueva

Department of Health Services Director
Timothy W. Lutz

Division of Behavioral Health Director
Ryan Quist, Ph.D.

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Publicado por:
The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
September 2025



**Sacramento County
Substance Use
Prevention and
Treatment Services**

**Formulario
de queja**

Formulario de queja - español

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services
Quality Management, Member Services
7001A East Parkway, Suite 300
Sacramento, CA 95823

Sello
obligatorio

**Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300
Sacramento, CA 95823**

Queja

Nota: La presentación de una queja no afectará de manera adversa a sus servicios con Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services. El miembro será contactado por Servicios para Miembros y recibirá una respuesta por escrito dentro de los noventa (90) días naturales. Por favor, complete este formulario, luego debe plegarlo y colocarlo en un sobre, sellarlo y enviarlo por correo.

Por favor, escriba en letra de imprenta o en letra cursiva legible.

Fecha: _____

Lugar del servicio: _____

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Si el cliente es menor de edad, escriba el nombre del tutor legal que presenta la solicitud en representación del menor: _____

Dirección
(Ciudad/Estado/Código postal): _____

Número de teléfono (indique el mejor horario para llamar): _____

**Describa el o los motivos para presentar una queja.
Sea específico, incluya nombres, fechas y horas toda vez que sea posible**

Fecha(s) del incidente: _____

1. Describa la queja o la naturaleza de la queja. Por favor, adjunte más páginas si es necesario:

2. ¿Ha intentado resolver el(los) problema(s) antes de presentar la queja?

Sí. Por favor, describa lo que ha hecho para intentar resolver el problema, e incluya los resultados:

No, no he hecho intentos previos para resolver la queja.

3. ¿Qué le gustaría que sucediera para resolver esta queja?

Entiendo que seré contactado en relación con esta solicitud dentro de los próximos treinta (30) días naturales

Firma de la persona que realiza esta queja: _____ Fecha de hoy: _____