

# CONFIDENCIAL - EVALUACIÓN DE SERVICIO AL CLIENTE

Las agencias de servicio Ryan White agradecen sus comentarios y aprecian que se utilicen sus procedimientos de quejas. Se exhorta a todos los clientes a utilizar los procedimientos de quejas en la agencia donde se recibió el servicio. Si el cliente no puede utilizar el procedimiento de quejas de la agencia por algún motivo, deberá utilizar este formulario de evaluación de servicio.

- **Mi experiencia con la agencia mencionada a continuación fue:**  Satisfactoria  Insatisfactoria

Si marcó "Insatisfactoria" anteriormente, ¿ha presentado una queja en la agencia?

- Sí  No  No corresponde

- **Yo (marque una opción)**  Vivo con VIH/SIDA  Soy Cuidador/Persona afectada/Defensor

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Opcional)

Deseo que me contacten  Sí  No

Número de teléfono

El mejor momento para que me llamen \_\_\_\_\_  
 AM  PM

Teléfono principal ( ) -

¿Se puede dejar mensaje?  Sí  No

- **Doy permiso para que puedan compartir mi nombre/información a fin de procesar esta evaluación**

- Sí  No

- **Nombre de la agencia donde recibió el servicio:** \_\_\_\_\_

- **Fecha de servicio:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la persona del personal (si la conoce):** \_\_\_\_\_

- **Tipo del servicio que recibió:** \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Por la presente autorizo a la Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de San Diego a que se comunique con la agencia mencionada anteriormente para obtener cualquier información o material que se considere necesario a fin de resolver mis inquietudes por escrito. Si no deseo que se comparta mi información, se puede enviar una copia de la presente queja con **mi nombre** bloqueado a la agencia donde recibió el servicio. Esta versión se usará solo para la cuestión descrita en este formulario y no excederá de sesenta (60) días.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**COMENTARIOS (Describa la naturaleza del servicio que recibió; adjunte hojas adicionales si es necesario).**


## COMO FUNCIONA EL PROCESO

1. Un miembro del personal de Administración de Calidad Clínica (CQM, por sus siglas en inglés) de la División de VIH, ETS y Hepatitis procesará esta evaluación del servicio. Si el cliente desea ser contactado, el personal de CQM se comunicará con él/ella en un plazo de los tres (3) días hábiles a partir de recibir este formulario. Se le solicitará al cliente información adicional (si es necesario) y se le preguntará si se siente cómodo de compartir su nombre con la agencia. El personal de CQM enviará esta información al personal del Condado para procesar y proporcionar comentarios a la agencia.
2. El personal del Condado se pondrá en contacto con la agencia para informar la cuestión. Se le pedirá a la agencia que responda al cliente directamente o a través del personal del Condado, y que haga un seguimiento por escrito al personal de CQM en un plazo de treinta (30) días para describir la resolución.

**Envíe el formulario completado a:**

CONDADO DE SAN DIEGO, HSHB  
3851 Rosecrans Street, MS: P505  
San Diego, CA 92110-3115

**O**

**Enviar una versión por correo electrónico a:**

OAC.HHSA@sdcounty.ca.gov