

FORMULARIO DE AGRAVIO/QUEJA DANDO CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

De acuerdo con las regulaciones estatales y federales de quejas para Medi-Cal, **las quejas presentadas por un proveedor en nombre de un miembro deben ir acompañadas del consentimiento por escrito del miembro.** Por favor complete este formulario y regréselo a CenCal Health.

Nombre del miembro	
Número de identificación del miembro	
Fecha de nacimiento del miembro	
Proveedor que solicita la queja	
Descripción de la queja	
Fecha de servicio(s) / incidente	

Yo, _____, doy mi consentimiento para permitir que CenCal Health procese la queja presentada por mi proveedor, _____ . Por favor, hable con mi proveedor de cualquier aspecto relacionado con esta queja, el cual puede incluir la divulgación de información médica confidencial, según sea necesario.

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Miembro / Representante Autorizado)

Por favor envíe este formulario por fax a CenCal Health al: 805-692-1684 o



Envíe el formulario por correo a:

CenCal Health
Atención: Grievance & Appeals
4050 Calle Real
Santa Barbara, CA 93110