

SOUTHERN NEVADA ADULT MENTAL HEALTH SERVICES  
Forma para Elogios o Preocupaciones

Utilice esta forma para hacernos saber si usted tiene cualquiera de los siguientes:

- CUMPLIDO**- Si usted tiene algo agradable que decir acerca de algun servicio, programa, el personal o un empleado en especifico.
- SUGERENCIA**- Si usted tiene alguna idea en cuanto a como le podemos servirle mejor o mejorar nuestros servicios.
- QUEJA**- Si usted tiene alguna preocupacion sobre su seguridad, el servicio, algun programa, un empleado o sus derechos tal como se define en la ley de Nevada.

**Con respecto a los servicios recibidos en:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico Rawson Neal, _____               | <input type="checkbox"/> Clínica del Este de Las Vegas | <input type="checkbox"/> Clínica del Laughlin |
| <input type="checkbox"/> Servicios de hospital en West Charleston, Unidad _____ | <input type="checkbox"/> Clínica de Henderson          | <input type="checkbox"/> Clínica del Mesquite |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Comunidad                                 | <input type="checkbox"/> Clínica del Oeste Charleston  |   |

- 1) Por favor describa su cumplido o sugerencia para mejorar los servicios, en el espacio debajo.
- 2) Antes de completar una queja por escrito, por favor trate de resolver el asunto con algun empleado o su equipo de tratamiento. El empleado o su equipo se reunira con usted para discutir sus preocupaciones en un intento para resolverlo. Apreciamos su cooperacion para encontrar una solution.

3) Si desea presentar una queja formal, por favor describe su queja a continuacion. Si necesita mas espacio puede adjuntar paginas adicionales.

**Fecha:**

4) Usted puede presentar esta forma de manera anonima, no tiene que llenar la siguiente informacion. Usted puede dejar esta forma en una de las cajas de Derechos al Consumidor de la Comunidad. Si se encuentra en un programa de hospitalizacion, usted puede pedir a algun empleado un sobre para su forma o puede depositarla en las cajas de Derechos al consumidor que se encuentran en las areas de actividades.

5) Si no desea permanecer anonimo, por favor llene la informacion siguiente.

6) Por favor imprima su nombre: \_\_\_\_\_

7) Si desea ser notificado de la resolucio n por favor proporcione un numero de telefono a continuacion.

|                 |               |             |             |
|-----------------|---------------|-------------|-------------|
| <b>Teléfono</b> | Actual: _____ | Casa: _____ | Otro: _____ |
|-----------------|---------------|-------------|-------------|

Regrese este formulario a nosotros en cualquiera de las siguientes formas:

1. Envíe la forma a: **Programa de Asistencia al Consumidor**, 6161 West Charleston Blvd. Bldg.1, Las Vegas, Nevada 89146
2. Envíe la forma por FAX a: **Oficina de Asistencia al Consumidor** al (702) 486-7703

Dé la forma a cualquier empleado o recepcionista de SNAMHS.

**SOUTHERN NEVADA ADULT MENTAL HEALTH SERVICES**  
**Forma para Elogios o Preocupaciones**

Reference # \_\_\_\_\_

**This section to be completed by SNAMHS personnel  
Activities and Closure:**

|                        |  |              |  |
|------------------------|--|--------------|--|
| Date Received:         |  | Received By: |  |
| Date Reviewed by R.S.C |  | Reviewed By: |  |
| Level Assigned:        |  | Action Taken |  |
|                        |  |              |  |

Please describe all actions taken to resolve. Check all boxes that apply. Attach additional documents if necessary. Return to the R.S.C. **Level I grievance** -Staff must provide a written response to the grievant.

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reviewed with consumer to clarify                              | <input type="checkbox"/> Met with Treatment Team | <input type="checkbox"/> Met with involved employee(s) |
| <input type="checkbox"/> Reviewed with consumer to identify activities taken to resolve | <input type="checkbox"/> Provided staff training | <input type="checkbox"/> Provided employee counseling  |
| <input type="checkbox"/> Provided consumer education                                    | <input type="checkbox"/> Revised procedure       | <input type="checkbox"/> Re-engineered a process       |
| <input type="checkbox"/> Copy of form provided to consumer                              | <input type="checkbox"/> Reviewed trend          | Internal investigatory review conducted                |
| <input type="checkbox"/> Other (Describe below)   |  |  |

Unable to review with consumer (If checked, please identify reason below.)

Unable to resolve at this time due to the consumer's clinical condition and request an extension (If this is checked, please identify the reason below. Include the date projected to complete and notify the R.S.A. and consumer's representative (If applicable) in writing.

Comments:

Complaint Received Response

Signature

Print name:

Signature and Date:

Electronic Email:

**Individuals coordinating the review and follow up of this compliment or concern are to return this form to the  
Office of the Recovery Services Coordinator**

As applicable, complete the section below if the resolution was reviewed with the grievant.

|       |  |             |  |            |  |                   |  |
|-------|--|-------------|--|------------|--|-------------------|--|
| Date: |  | Print name: |  | Signature: |  | Electronic Email: |  |
|-------|--|-------------|--|------------|--|-------------------|--|

I am satisfied  I am not satisfied and wish to appeal