|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Quality Assurance  F-62287S (03/2022) | **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Admin. Code §§ DHS 131.21(4)(b) and (c) and  DHS 131.22(2)(b) and (c)  Page 1 of 2 | | | | | | |  |  | | --- | --- | | **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Admin. Code §§ DHS 131.21(4)(b) and (c) and  DHS 131.22(2)(b) and (c)  Page 1 of 2 | **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Admin. Code §§ DHS 131.21(4)(b) and (c) and  DHS 131.22(2)(b) and (c)  Page 1 of 2 | | | | | | |
| **INFORME DE QUEJA DE HOSPICIO**  **(HOSPICE COMPLAINT REPORT)** | | | | | | | | | | |
| * Completar este formulario es voluntario. * La información personal proporcionada en este documento se utilizará para investigar la queja, para la comunicación con el demandante, y no se utilizará para ningún otro propósito. * Puede obtener copias adicionales de este formulario en el sitio web del Departamento en:   [**https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/index.htm**](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/index.htm)   * La información relacionada con los derechos y procedimientos de queja se encuentra en la página 2 (al dorso) de este formulario.   Para asistirlo con la revisión de su preocupación, proporcione la siguiente información. | | | | | | | | | | |
| **1. INFORMACIÓN DEL HOSPICIO** | | | | | | | | | | |
| Nombre – Hospicio | | | | | | | | | | |
| Dirección | | Ciudad | | | | Estado | Código de Area | | | |
| **2. INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE** | | | | | | | | | | |
| Nombre – Demandante | | | Número de Teléfono | | | Relación con el paciente | | | | |
| Dirección o Apdo. Postal (P.O. Box) | | Ciudad | | | | Estado | | Código de Area | | |
| ¿Desea permanecer anónimo(a)?  Sí  No | | | | | Fecha que presentó queja | | | | | |
| **3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE** | | | | | | | | | | |
| La misma información anterior *(Si el demandante y el paciente no son la misma persona, proporcione información*  *sobre el paciente)* | | | | | | | | | | |
| Nombre – Paciente | | | | | | Número de Teléfono | | | | |
| Dirección o Apdo. Postal (P.O. Box) | | Ciudad | | | | Estado | | | Código de Area | |
| **4. DESCRIPCIÓN DE PREOCUPACIÓN** | | | | | | | | | | |
| Describa la situación o incidente, los nombres, las fechas, y lo que sucedió. Escriba claro y sea lo más especifico posible. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **DERECHOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PACIENTE DE HOSPICIO** | | | | | | | | | | |
| El capitulo 50.95 de los Estatutos del Estado de Wisconsin autoriza al *Wisconsin Department of Health Services* (Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin) que establezca normas que rijan el funcionamiento de un Hospicio.  El Capítulo DHS 131.21(4)(b) y (c) del Código Administrativo de Wisconsin, autorizado por la ley estatal antes citada, describe los derechos del paciente de hospicio para presentar una queja de la forma siguiente: | | | | | | | | | | |
| (b) | Expresar sus quejas al Departamento, y recibir una declaración proporcionada por el Departamento que ampare el derecho y procedimiento de presentar una queja verbal o escrita con el Departamento; y | | | | | | | | | |
| (c) | Tener en cuenta la disponibilidad de una línea directa gratis, incluyendo un número de teléfono, para recibir quejas o preguntas acerca de los hospicios locales, y tener en cuenta la disponibilidad de un *ombudsman* a largo plazo para proveer apoyo y otros servicios en virtud del Capítulo 16.009, Wis. Stats. | | | | | | | | | |
| Capítulo DHS 131.22(2)(b) y (c) del Código Administrativo de Wisconsin, autorizado por la ley estatal antes citada, describe el derecho de un miembro de familia de un Hospicio de presentar una queja al Departamento de la forma siguiente: | | | | | | | | | | |
| (b) | Expresar sus quejas al Departamento y recibir una declaración proporcionada por el Departamento, que ampare el derecho y procedimiento de presentar quejas verbales o escritas con el Departamento, y | | | | | | | | | |
| (c) | Tener en cuenta la disponibilidad de una línea directa gratis, incluyendo un número de teléfono, para recibir quejas o preguntas acerca de los hospicios locales, y tener en cuenta la disponibilidad de un *ombudsman* a largo plazo para proveer apoyo y otros servicios en virtud del Capítulo 16.009, Wis. Stats. | | | | | | | | | |
| La ley y normas antes citadas quieren decir que: | | | | | | | | | | |
| (1) | Usted tiene el derecho de presentar una queja directamente con el *Wisconsin Department of Health Services*. | | | | | | | | | |
| (2) | El hospicio que le presta servicios debe informarle sobre su derecho de presentar una queja con el *Department of Health Services* y explicarle el proceso de cómo presentar una queja. | | | | | | | | | |
| (3) | El hospicio que le presta servicios debe informarle sobre su derecho de recibir los servicios de un mediador (*advocacy*) del *Board on Aging and Long Term Care* (BALTC). Los servicios del BALTC incluyen: | | | | | | | | | |
| * Investigación de las quejas * Mediación para resolver problemas o disputas relacionadas con pacientes que reciben cuidado a largo plazo * Provisión de información y asesoramiento relacionados con las pólizas de seguros disponibles que suplementan la cobertura del *Medicare* federal.   Puede ponerse en contacto con el BALTC llamando la **línea gratis** al **1-800-815-0015.**  Copias de este formulario de queja y los requisitos deben ser proporcionadas por el hospicio a cada paciente o representante del paciente (1) previo a la prestación de cualquier servicio y (2) en la conclusión de acuerdo de servicio. | | | | | | | | | | |
| Si un paciente o su representante (cualquier persona representado los intereses de un paciente) tiene una preocupación con relación al cuidado y tratamiento del paciente, cree que los derechos del paciente han sido violados, y/o que el hospicio no ha resuelto estas preocupaciones, puede presentar una queja utilizando cualquiera de los métodos a continuación:   * Escibiendo a: **Department of Health Services**   **Division of Quality Assurance / Bureau of Health Services**  **ATTN: Hospice Complaint Coordinator**  **PO Box 2969**  **Madison, WI 53701-2969**   * Llamando a: **Línea-gratis de *Wisconsin Home Health* / Línea Directa de *Hospice*** en **1-800-642-6552**   *La línea directa gratis opera un sistema de mensaje de voz las 24 horas del día. Las llamadas recibidas durante la noche, los fines de semanas, o los días feriados se devuelven al día siguiente. El propósito de la línea directa es recibir quejas con relación a las agencias de cuidado de salud en el hogar y a los hospicios certificados con licencia del Medicaid/Medicare de Wisconsin y proveer información sobre las agencias de cuidado de salud en el hogar y los hospicios.*   * Completando un formulario de queja en: [**https://www.dhs.wisconsin.gov/guide/complaints.htm**](https://www.dhs.wisconsin.gov/guide/complaints.htm) * Si usted tiene cobertura de **Medicare**, también puede presentar quejas por escrito o llamando a:   **Livanta LLC**  **10820 Guilford Road, Suite 202**  **Annapolis Junction, MD 20701-1105**  **888-524-9900**  **888-985-8775 (TTY)** | | | | | | | | | | |