



CONTRA COSTA HEALTH

Submit completed form to: Contra Costa Regional Medical Center Patient Relations Department

2500 Alhambra Ave. | Martinez, CA 94553 | Phone: (925) 370-5144 | Fax: (925) 370-5992

cchealth.org

Patient Complaint / Grievance Form

Formulario de quejas / reclamos de pacientes

Patient Name: _____

Nombre del miembro

Date of Birth: _____

Fecha de nacimiento

Patient Medical Record Number: _____

Número de identificación

Telephone #: _____

Teléfono

Address: _____

Dirección

**Did another person assist you
with completing this form?**

¿Alguna otra persona le ayudó a
completar este formulario?

Yes/Sí **No/No**

Location of Service: _____

Lugar de Servicio

Date of Service: _____

Fecha de Servicio

Name of person completing this form: _____ **Relationship to patient:** _____

Nombre de la persona que completa este formulario:

Relación con el paciente:

Signature of person completing this form: _____ **Date:** _____

Firma de la persona que completa este formulario:

Fecha:

Briefly Describe Complaint: *(Please include as much detail as possible including names of the people involved, the circumstances leading up to the conflict, and any information you feel is important to the complaint):*

Descripción breve de la queja *(Por favor describa con detalle el incidente incluyendo los nombres de personas envueltas, las circunstancias que causaron el conflicto, y cualquiera información pertinente a la queja):*

What action are you requesting?

¿Cuál acción está usted pidiendo?

The patient or patient legal guardian must sign the Patient Complaint/Grievance Form. We are unable to process this request without the patient's explicit agreement. /El paciente, o el tutor del paciente, deben firmar el Formulario de Quejas y Reclamaciones. Esta solicitud no se puede procesar sin el acuerdo explícito del paciente.

I authorize that all information pertaining to this grievance, possibly including medical records and clinical information, be shared with the Contra Costa Health Plan for the express purpose of resolution of this grievance. / Yo autorizo a que toda la información concerniente a este reclamo, posiblemente incluyendo los datos en el expediente médico e información clínica, sea compartida únicamente con el Plan de Salud de Contra Costa, con el propósito expreso de encontrar una solución para este reclamo.

Patient Signature/Firma del miembro

Date/Fecha

Your complaint will be thoroughly investigated, and you will receive an answer within thirty (30) days or before.
Su queja se investigará minuciosamente y recibirá una respuesta dentro de treinta (30) días o antes.

[Patients Not Currently With Contra Costa Health Plan](#)
[Filing A Complaint Or Grievance](#)

[Pacientes Sin El Plan De Salud De Contra Costa Que Presentan Una Queja O Reclamo](#)

If you have a complaint or grievance that has not been satisfactorily resolved for more than 30 days you may call Contra Costa Regional Medical Center, Patient Relations Office at (925) 370-5144 for further assistance. / Si usted tiene una queja o reclamo que no se haya resuelto de manera satisfactoria durante más de 30 días, puede comunicarse con el Centro Médico Regional de Contra Costa, Oficina de Relaciones del Paciente llamando al (925) 370-5144 para obtener ayuda.