

### Formulario de apelación del miembro

Si usted tiene una queja o reclamo, por favor complete y envíe este formulario a la Autoridad de Salud de Oklahoma para iniciar el proceso de apelación. La OHCA debe recibir el formulario completado **dentro de los treinta (30) días posteriores al evento desencadenante (la fecha en que ocurrió el evento en el que está apelando)**.

**Si no se completa y devuelve este formulario dentro de los 30 días puede resultar en la desestimación o denegación de su apelación.**

Por favor, proporcione toda la información solicitada, incluyendo una explicación completa del problema / tema. Incluya el (los) nombre (s) de cualquier personal de OHCA con quien haya tratado y las fechas en que ocurrieron los eventos específicos. Si es necesario, utilice papel adicional. Adjunte copias de cualquier documentación de respaldo que desee que se considere.

#### **I. Información del Miembro**

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ ID del Miembro: \_\_\_\_\_

Dirección postal del Miembro: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Fecha del evento ocurrido: \_\_\_\_\_

Tutor legal del Miembro (si aplica): \_\_\_\_\_ Teléfono del Tutor legal: \_\_\_\_\_

#### **II. Información del Representante autorizado (si lo hay)**

Yo, autorizo \_\_\_\_\_ para actuar como mi representante en relación con esta apelación. Autorizo a mi representante para presentar pruebas, para obtener información sobre mi apelación y para recibir notificaciones en relación con mi apelación. Entiendo que mi información médica personal (PHI pos sus siglas en inglés) puede ser divulgada a mi Representante. Por lo tanto, he firmado la Autorización adjunta para permitir la divulgación de esta información. Mi Representante acepta que él / ella estará disponible para representarme en la fecha y hora de la audiencia de apelación establecida por Oklahoma Health Care Authority. No tengo un tutor legal designado, o mi tutor legal designado consiente esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Miembro    Fecha    Representante Autorizado

Nombre del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



**Formulario de apelación del miembro**

Por favor, cuéntenos sobre su solicitud en el espacio a abajo. Sea lo más específico posible y siempre que sea posible, indique la (s) fecha (s) en que ocurrió el evento. [Si necesita más espacio, use otra hoja de papel.]

---

---

---

---

---

---

¿Le ha dicho a la persona u organización sobre el tema? Si es así, ¿qué pasó?

---

---

---

---

---

---

¿Qué le gustaría que hiciera Oklahoma Health Care Authority sobre este tema?

---

---

---

---

---

---

Firma del Miembro

Date

Por favor envíe este formulario a: *Oklahoma Health Care Authority  
Grievance Docket Clerk  
P.O. Drawer 18497  
Oklahoma City, OK 73154-0497*

*Número de fax: 405-530-3444  
Número de Teléfono: 405-522-7217  
Correo Electrónico:  
docketclerk@okhca.org*