



## Formulario de queja de la Oficina de Defensa del Cliente

Número de referencia: \_\_\_\_\_

Se utiliza este formulario por un cliente, o una persona en nombre de un cliente, para pedirle a otra persona que revise y, cuando corresponda, corrija un problema o queja que el cliente tenga. Las políticas relacionadas con este formulario se encuentran en el Código Administrativo de Oklahoma 310:678-5-1.

Para obtener ayuda para completar este formulario, comuníquese con su coordinador local de quejas o llame a la Oficina de Defensa del Cliente al (405) 522-2720.

### Información general

Nombre de la instalación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Persona que presenta la solicitud en nombre del cliente, cuando corresponda \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Otro número de contacto o dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Mi queja es (agregue hojas adicionales según sea necesario):

Actual  Desconocido

Fecha del incidente \_\_\_\_\_

Solución solicitada (agregue hojas adicionales según sea necesario)

Para enviarlo, envíe un formulario por correo electrónico a [oca.grievances@health.ok.gov](mailto:oca.grievances@health.ok.gov)

### OCA Use Only

Grievance resolved?  Yes  No

Local grievance coordinator name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

If resolved, explain: