

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE MONTEREY
SALUD CONDUCTAL PLAN DE SALUD MENTAL
Quejas Formales**

Fecha: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Zona Postal: _____ Teléfono: _____
Nombre de su Representate Autorizado: _____
Numero de teléfono del Representate Autorizado: _____

POR FAVOR DE EXPLICAR SUS QUEJAS FORMALES:

(Por favor de incluir la fecha de la situación, los nombres de los involucrados, y personajes con quien a discutido esta situación)

(Por favor de usar el otro lado de esta forma si es necesario)

Firma: _____

Por favor indica aquí si un personaje le ayudo a completar esta forma