

FORMULARIO DE RECLAMOS SOBRE FACTURAS DE HOSPITALES

Formulario HCAI Legal-560 (Nuevo 23/08/25)

- ✓ Puede presentar su reclamo en línea en: HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.
- ✓ Para obtener ayuda gratuita con su reclamo, puede ponerse en contacto con la Alianza de Clientes de Servicios de Salud en healthconsumer.org o por teléfono al (888) 804-3536.
- ✓ Para que el HCAI investigue si el hospital le negó ayuda de forma injustificada para pagar sus facturas médicas, debe ya haber solicitado el pago con descuento y/o la atención caritativa **antes de presentar este reclamo**.
- ✓ Si envía los documentos por correo, envíe sólo copias de los mismos. **No envíe originales, ya que no se devolverán.**

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. Nombre, Segundo Nombre, Apellido _____ 2. Nombre de Preferencia (opcional) _____
3. Sexo: Femenino Masculino No Identificado Prefiero no decirlo
4. Fecha de nacimiento: _____ 5. ¿El paciente falleció? Sí No
6. ¿El paciente es menor de edad? Sí No
7. Para pacientes menores de edad, escriba el nombre de su padre, madre o tutor legal: _____
8. Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal (5 dígitos), Nombre del País _____
9. Número de teléfono principal _____ 10. Número de teléfono secundario _____
11. Dirección de correo electrónico: _____
12. ¿Hay alguien, que no sea el padre, la madre o el tutor legal de un menor de 18 años, que le ayude a presentar el reclamo? Sí No
En caso afirmativo, complete el formulario de Representante Autorizado.

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

En el caso de pacientes de 18 años o más, indique el nombre completo, la edad y el parentesco de las siguientes personas: cónyuge, pareja de hecho e hijos menores de 21 años a su cargo (vivan o no en su domicilio). En el caso de pacientes menores de 18 años, indique el nombre completo, edad y el parentesco de las siguientes personas: padres, familiares a cargo y otros hijos menores de 21 años de los padres o familiares a cargo. (Si enumera más de seis familiares, complete el anexo de la página diez).

Número:	Nombre y Apellido	Edad	Relación con el Paciente
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE EL HOSPITAL

13. Nombre del hospital: _____

14. Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal (5 dígitos)

15. Fecha de ingreso: _____

16. Fecha de alta: _____

17. ¿Recibió un presupuesto por escrito de parte del hospital? Sí No
En caso afirmativo, adjunte la documentación que lo acredite, si está disponible.

18. Fechas del servicio(s) facturado por el hospital: _____
Si hay más de un ingreso o varias fechas de servicio, presente un reclamo por separado.

19. ¿Ha pagado alguna suma por el servicio(s) prestado? Sí No Se desconoce
En caso afirmativo, facilite la documentación complementaria y la fecha del último pago, si dispone de ella: _____

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE SALUD

20. Los servicios del hospital, ¿estaban relacionados con lesiones causadas por un tercero (como un accidente de tráfico, un delito o una lesión relacionada con el trabajo)? Sí No Se desconoce

21. ¿Estaba afiliado a un plan de salud, plan de seguro y/o programa de seguro gubernamental (por ejemplo, Medi-Cal, Medicare, Seguro Complementario de Medicare, etc.) durante cualquiera de las fechas de servicio prestado? Sí No Se desconoce

En caso afirmativo, para cada tipo de cobertura, escriba el nombre del plan, las fechas de entrada en vigencia de la cobertura, el número de identificación de afiliado y marque la casilla correspondiente al tipo de cobertura a continuación, si está disponible.

Cobertura Primaria Fechas de Cobertura Número de Identificación de Afiliado
 Comercial/Empleador Medi-Cal Medicare Seguro Complementario de Medicare

Cobertura Secundaria Fechas de Cobertura Número de Identificación de Afiliado
 Comercial/Empleador Medi-Cal Medicare Seguro Complementario de Medicare

Otra Cobertura Fechas de Cobertura Número de Identificación de Afiliado
 Comercial/Empleador Medi-Cal Medicare Seguro Complementario de Medicare

Otra Cobertura Fechas de Cobertura Número de Identificación de Afiliado
 Comercial/Empleador Medi-Cal Medicare Seguro Complementario de Medicare

22. ¿El programa de seguro gubernamental y/o el plan de seguros o el plan de salud ha tramitado alguno de los reclamos por los servicios facturados por el hospital?

Sí No No aplica Se desconoce

23. En caso afirmativo, ¿el paciente ha presentado un reclamo o apelación al plan de salud, plan de seguro o programa de seguro gubernamental sobre la negativa?

Sí No No aplica Se desconoce

En caso afirmativo, incluya una copia de la carta de decisión del plan de salud, plan de seguro o programa de seguro gubernamental, y la fecha en que se resolvió el reclamo o apelación, si está disponible.

24. Fecha en que se resolvió el reclamo o apelación, si corresponde y está disponible: _____

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN SOBRE EL COBRO DE DEUDAS

25. ¿El hospital ha traspasado esta deuda médica a cobranzas o Usted corre el riesgo de que la remitan a cobranzas? Sí No Se desconoce

26. En caso afirmativo, ¿se notificó la deuda a una agencia de crédito o ha afectado su informe/puntuación crediticia? Sí No Se desconoce No aplica

En caso afirmativo, adjunte una copia de su informe crediticio.

27. Nombre del cobrador, si corresponde y está disponible: _____

28. Fecha en que la deuda se traspasó a cobranza, si corresponde y está disponible: _____

29. Número de cuenta, si corresponde y está disponible: _____

Toda la información que he facilitado al presentar esta denuncia es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento.

Nombre del paciente (Imprima)

Firma del paciente o de su representante legal

Importante: Si el paciente es incapaz de tomar decisiones médicas o financieras, desea que un representante le ayude con el reclamo o, en el caso de pacientes fallecidos, complete el Formulario de Representante Autorizado adjunto. Sin una firma válida del paciente, el Representante Autorizado debe proporcionar documentación de poder legal para actuar como representante autorizado del paciente (es decir, Poder Notarial, documentación de Tutela, Carta de Nombramiento de Albacea, etc.).

SECCIÓN 6: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

HCAI-Legal-562 (New 8/24/23)

Yo, **[nombre del paciente]** _____, doy mi permiso para que **[nombre del hospital]** _____ comparta mi expediente médico completo incluidos, entre otros, información financiera, de facturación, médica, de salud mental, de trastornos por uso de sustancias, de VIH, informes de diagnóstico por imágenes y otros expedientes relacionados con el reclamo que presenté, o que se presentó en mi nombre, al Programa de Reclamos sobre Facturas de Hospitales (HBCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica de California (HCAI, por sus siglas en inglés), con el fin de determinar si hospital cumplió con la Ley de Facturación Justa de Hospitales y las reglamentaciones relacionadas.

Entiendo que mis expedientes de trastornos por consumo de sustancias, si existieran, están protegidos por las normas federales que rigen la privacidad y los Expedientes de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias 42 C.F.R., Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), 45 C.F.R. partes 160 y 164, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley disponga lo contrario.

Esta autorización para compartir mi información médica es válida hasta que se resuelva mi reclamo en el HCAI. Entiendo que se me permite anular esta autorización para compartir datos de salud en cualquier momento y puedo hacerlo por escrito en la siguiente dirección:

Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica
Programa de Facturación Justa de Hospitales
2020 West El Camino, Oficina 1101
Sacramento, CA 95833

A menos que sea anulada, esta autorización expirará 12 meses después de la fecha de mi firma en este formulario o cuando se cierre mi reclamo, lo que ocurra primero. La anulación entrará en vigencia cuando el HBCP reciba mi solicitud por escrito, excepto en el caso que el HBCP u otros ya hayan basado en mi autorización previa para la publicación de información médica.

Entiendo que esta autorización para publicar información médica es voluntaria pero que el HBCP no puede procesar mi reclamo sobre la facturación del hospital sin firmar esta autorización.

A menos que lo exija la ley, la ley de California prohíbe al HCAI publicar más información sobre mi salud a menos que el HCAI reciba otra autorización. Entiendo que si autoricé la publicación de mi información médica a alguien que no está

legalmente obligado a mantenerla confidencial, es posible que ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre: _____

Si este formulario lo completa una persona con autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como el padre, la madre, el tutor legal de un menor o un representante para la atención médica, complete la siguiente información:

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Firma de la persona que completa este formulario: _____

Fecha: _____

Describa a continuación cómo esta persona tiene autoridad legal para firmar este formulario: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Las siguientes preguntas demográficas sólo se utilizarán para la elaboración de informes y análisis.
Proporcionar esta información es opcional. Si no la facilita, no afectará el resultado de su queja.

1. IDIOMA

Idioma de preferencia: _____

¿Quiere que nos comuniquemos con usted en su idioma preferido? Sí No

2. RAZA O ORGEN ÉTNICO

¿Cuál es su raza o etnia?

Seleccione todas las categorías y subcategorías que correspondan e introduzca cualquier detalle adicional en los espacios siguientes. Recuerde que puede seleccionar más de un grupo.

INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA

Proporcione los detalles a continuación.

Nación Navajo Opción de escritura: _____

ASIÁTICO O ASIÁTICO ESTADOUNIDENSE

Proporcione los detalles a continuación.

Indígena asiático Camboyano Chino Filipino/a Hmong Japonés Coreano

Laosiano Pakistaní Vietnamita Opción de escritura: _____

NEGRO O AFROAMERICANO

Proporcione los detalles a continuación.

Afroamericano Barbadosense Etíope Ghanés Haitiano Jamaciano Kenia

Nigeriano Somalí Sudafricano Sudanés Opción de escritura: _____

HISPANO O LATINO/A

Proporcione los detalles a continuación.

Colombiano Cubano Dominicano Ecuatoriano Guatemalteco Hondureño

Mexicano o Mexicano Estadounidense Puertorriqueño Salvadoreño Español

Opción de escritura: _____

DE ORIENTE MEDIO O NORTEAFRICANO

Proporcione los detalles a continuación.

Afgano Argelino Armenio Egipcio Iraní Iraquí Israelí Kurdo

Libanés Marroquí Sirio Opción de escritura: _____

NATIVO DE HAWÁI O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Proporcione los detalles a continuación.

Chamorro Chuukés Fiyiano Guamanés Marshalés Nativo de Hawái Palauano

Samoano Tahitiano Tongano Opción de escritura: _____

BLANCO

Proporcione los detalles a continuación.

- Holandés Inglés Francés Alemán Irlandés Italiano Noruego Polaco
 Portugués Ruso Escocés Opción de escritura: _____

3. IDENTIDAD DE GÉNERO

Proporcione los detalles a continuación.

- Mujer Masculino De mujer a hombre/Hombre transgénero/Hombre trans
 De Hombre a Mujer/Mujer transgénero/Mujer trans
 Género no binario (ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino)
 No lo sé/Prefiero no decirlo
 Opción de escritura: _____

AVISO SOBRE LA LEY DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE 1977

La Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California, artículo 1798.17) establece el siguiente aviso:

- El artículo 127436 del Código de Salud y Seguridad autoriza al Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica (HCAI, por sus siglas en inglés) a investigar los reclamos sobre la facturación de los hospitales en relación con las políticas de pago de descuentos y/ o la atención caritativa de un hospital.
- El Programa de Facturación Justa en Hospitales del HCAI utiliza su información personal para investigar su reclamo sobre facturación en hospitales.
- Puede proporcionar esta información al HCAI de forma voluntaria, aunque no es obligatorio. No obstante, si no facilita la información solicitada, es posible que el HCAI no pueda investigar su reclamo.
- Si el HCAI lo necesita, puede compartir su información personal con el hospital y los proveedores para investigar su reclamo.
- El HCAI también puede compartir su información con otras agencias gubernamentales según lo requiera o permita la ley.
- Usted tiene derecho a ver su información personal. Si necesita más información o tiene preguntas sobre la privacidad de los datos de identificación personal conservados por el HCAI, póngase en contacto con el Responsable de Confidencialidad al:

Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica
Responsable de Confidencialidad
2020 West El Camino, oficina 800
Sacramento, CA 95833
Privacy.Officer@HCAI.ca.gov
hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

ANTES DE PRESENTAR LA SOLICITUD

Si desea que el HCAI investigue si el hospital le negó injustamente la ayuda para pagar sus facturas médicas, es necesario que ya haya solicitado ayuda financiera en el hospital donde recibió los servicios. Si aún no la ha solicitado al hospital, debe ponerse en contacto con el hospital para obtener más información sobre cómo solicitarla. Si necesita ayuda, puedes llamar a la Alianza de Clientes de Servicios de Salud al 888-804-3536 o visitar la página web healthconsumer.org para obtener más información.

CÓMO PRESENTAR EL RECLAMO

1. Presente un reclamo en línea en HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (éste es el método más rápido). Siga las instrucciones en línea y firme el Formulario de Reclamos.
2. Si cuenta con un Representante Autorizado, complete el "Formulario de Representante Autorizado".
3. Adjunte una copia de su W-2 reciente o seis meses de comprobantes de pago.

4. Puede incluir otros documentos que respalden su solicitud, como cualquiera de los siguientes:
- Presupuesto escrito del hospital.
 - Cualquier documentación que demuestre los pagos realizados por los servicios facturados.
 - Cualquier comunicación con su plan de salud o programa de seguro gubernamental sobre los servicios facturados.
 - Pruebas de que la deuda médica se traspasó para ser cobrada o corre el riesgo de serlo.
 - Una copia de su informe crediticio si su puntuación crediticia se vio afectada.

Recuerde que sólo se tendrá en cuenta la documentación relacionada con las fechas de servicio indicadas en su reclamo.

5. Si no lo presenta por Internet, envíe el Formulario de Reclamo y toda la documentación complementaria por correo postal a:

Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica
Programa de Reclamos sobre Facturas de Hospitales
2020 West El Camino, oficina 1101
Sacramento, CA 95833

ANEXO PARA MIEMBRO FAMILIAR ADICIONAL

HCAI-Legal-564 (New 8/24/23)

Complete esta página si desea añadir miembros de la familia. Si necesita más espacio, haga copias adicionales de esta página para adjuntarlas a su reclamo.

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

En el caso de pacientes de 18 años o más, indique el nombre completo, la edad y el parentesco de las siguientes personas: cónyuge, pareja de hecho e hijos menores de 21 años a su cargo (vivan o no en su domicilio).

En el caso de pacientes menores de 18 años, indique el nombre completo, la edad y el parentesco de las siguientes personas: padres, familiares a cargo y otros hijos menores de 21 años de los padres o familiares a cargo.

Número:	Nombre y Apellido	Edad	Relación con el Paciente
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Formulario HCAI Legal-561 (Nuevo 23/08/31)

- Si deseas darle permiso a otra persona para que te represente o te ayude con tu reclamo, completa las partes A y B a continuación.
- **Si eres el padre, la madre o el tutor legal que presenta este reclamo en nombre de un menor de 18 años, no es necesario que completes este formulario.**
- Si estas presentando este reclamo en nombre de un paciente y estás designado según la ley para actuar en nombre del paciente, por favor, completa sólo la parte B. Debes adjuntar una copia de la documentación que te autoriza legalmente para ser el representante autorizado del paciente.

PARTE A: COMPLETADO POR EL PACIENTE

Autorizo a la persona nombrada a continuación en la Parte B a actuar en mi nombre en mi reclamo presentado en el Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica (HCAI, por sus siglas en inglés). Permiso que el personal del HCAI comparta información financiera e información sobre mi estado médico y la atención relacionada con la persona nombrada a continuación. Entiendo y reconozco que estos registros pueden incluir información financiera, facturación, salud médica y mental, abuso de sustancias, VIH, informes de imágenes diagnósticas y otros registros relacionados con el reclamo.

Aprobar esta representación es voluntaria y tengo derecho a cancelarla. Si deseo cancelarla, debo hacerlo por escrito.

1. Firma del Paciente: _____
2. Nombre del Paciente en letra de molde: _____
3. Fecha: _____

PARTE B: COMPLETADA POR LA PERSONA QUE AYUDA AL PACIENTE

4. Nombre del Paciente: _____
5. Nombre del Representante Autorizado: _____
6. Relación con el Paciente: _____
7. Dirección Postal, Ciudad, Estado, Código Postal (5 dígitos), Nombre del País
8. Número de teléfono: _____
9. Dirección de correo electrónico: _____
10. Firma del Representante Autorizado: _____
11. Fecha: _____
12. Se adjunta mi documentación de autoridad legal para ser representante autorizado del paciente. (Marcar si corresponde).