

FORMULARIO DE QUEJA SOBRE FACTURA DE HOSPITAL

HCAI-Legal-560 (REV 12/23/2025)

- Puede presentar su queja en línea en: hcai.ca.gov/HospitalBillHelp.
- Para obtener ayuda gratuita con su queja, puede comunicarse con Health Consumer Alliance (Alianza de Consumidores de Salud), visitando el sitio web healthconsumer.org o llamando al (888) 804-3536.
- Este programa no tiene jurisdicción (autoridad) sobre disputas generales de cobros y tarifas, transparencia de precios, cálculos aproximados de buena fe o cobros por parte de un proveedor de sala de emergencias (aparte de los cargos del centro).
- Si envía los documentos por correo, incluya solo copias de los mismos. **No envíe originales, ya que no serán devueltos.**

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido
2. Nombre preferido (opcional)
3. Sexo: Femenino Masculino Desconocido Prefiere no decirlo
4. Fecha de nacimiento: _____
5. ¿El paciente ha fallecido? Sí No
6. ¿El paciente es menor de edad? Sí No
7. En el caso de pacientes menores de edad, escriba en letra de imprenta el nombre de su padre, madre o tutor legal: _____
8. Dirección postal, 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 parente, la madre o el tutor legal de un menor de 18 años, que le esté ayudando a presentar su queja? Sí No
En caso afirmativo, complete el Formulario de Representante Autorizado de la página 11.

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTARON LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL)

13. Tamaño de la familia: _____

Para los pacientes de 18 años o más, la familia incluye a los siguientes: cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados, viven o no en el hogar. Para los pacientes menores de 18 años, o para un hijo dependiente de 18 a 20 años, la familia incluye a los siguientes: padres, parientes cuidadores y otros hijos dependientes de los padres o parientes cuidadores menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados. Si necesita incluir a más de cinco miembros familiares, complete el anexo de la página 10.

Número	Nombre completo	Edad	Relación con el paciente:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL HOSPITAL

14. Nombre del hospital: _____

15. Dirección, ciudad, estado, código postal (5 dígitos): _____

16. Fecha de facturación del/de los servicio(s) por el hospital: _____

*Proporcione una copia de cualquier factura, si está disponible.*17. ¿Ha pagado alguna cantidad por el/los servicio(s) en cuestión? Sí No Desconocido*En caso afirmativo, proporcione documentos adicionales y la fecha del último pago, si están disponibles:* _____

18. ¿Solicitó un descuento de pago y/o atención caritativa al hospital antes de presentar esta queja?

 Sí No*En caso negativo, pase a la Sección 4. En caso afirmativo, indique sus ingresos familiares en la fecha en que se le facturó por primera vez el servicio o en los 12 meses anteriores a la fecha en que se le facturaron por primera vez los servicios.*

Ingresos familiares del paciente: _____

 Semanal Quincenal Mensual Anual Otro: _____

19. Fecha en que presentó la solicitud de asistencia financiera: _____

20. ¿Se denegó su solicitud de asistencia financiera? Sí No*En caso afirmativo, indique la fecha de apelación, si corresponde:* _____**SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD**21. ¿Alguna parte de los servicios del hospital estuvo cubierta por compensación laboral, seguro automotriz u otro seguro no mencionado anteriormente? Sí No Desconocido22. ¿Estaba inscrito en un plan de salud, plan de seguro y/o programa de seguro gubernamental (es decir, Medi-Cal, Medicare, Seguro Suplementario de Medicare, etc.) para cualquiera de las fechas del servicio en cuestión? Sí No Desconocido*En caso afirmativo, para cada tipo de cobertura, indique el nombre del plan, las fechas de entrada en vigor de la cobertura, el número de identificación del afiliado y marque la casilla correspondiente al tipo de cobertura, si está disponible.*

Cobertura principal

Fechas de cobertura

Número de identificación de afiliado

 Comercial/Empleador Medi-Cal Medicare Seguro Suplementario de Medicare

Cobertura secundaria Fechas de cobertura Número de identificación de afiliado

Comercial/Empleador Medi-Cal Medicare Seguro Suplementario de Medicare

Otra cobertura Fechas de cobertura Número de identificación de afiliado

Comercial/Empleador Medi-Cal Medicare Seguro Suplementario de Medicare

Otra cobertura Fechas de cobertura Número de identificación de afiliado

Comercial/Empleador Medi-Cal Medicare Seguro Suplementario de Medicare

23. ¿Algún plan de salud, plan de seguro y/o programa de seguro gubernamental ha procesado alguna de las quejas por los servicios facturados por el hospital?

Sí No No aplica Desconocido

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DEL COBRO DE DEUDAS

24. ¿El hospital ha vendido esta deuda médica a una agencia de cobranzas o existe el riesgo de ser enviada a cobranzas? Sí No Desconocido

25. En caso afirmativo, ¿se notificó la deuda a una oficina de crédito o afectó su informe/puntuación crediticia?

Sí No Desconocido No aplica

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

26. Fecha en la que la deuda se vendió a una agencia de cobranzas o fecha en la que se le notificó que la factura del hospital corría el riesgo de ser enviada a cobranzas, si corresponde y si está disponible: _____

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE LA QUEJA

Descripción del motivo de su queja: _____

Toda la información que he proporcionado al presentar esta queja es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente o de su representante legal

Tenga en cuenta: El formulario de representante autorizado debe completarse si el formulario de queja lo firma un representante legal.

Autorizo al departamento a remitir mi queja al Departamento de Salud Pública del Estado para asuntos ocurridos antes del 1 de enero de 2024. Sí No

SECCIÓN 7: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

HCAI-Legal-562 (REV 12/23/2025)

Yo, [nombre del paciente en letra de imprenta] _____ doy mi permiso para que el [nombre del hospital en letra de imprenta] _____ comparta mi registro 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 registros relacionados con la queja que presenté, o que se presentó en mi nombre, ante el Programa de Quejas 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 el hospital mencionado cumplió con la Ley de Facturación Justa de Hospitales y las normativas asociadas.

Entiendo que mis registros de trastornos por consumo de sustancias, si los hubiera, están protegidos por la normativa federal que rige la confidencialidad y los Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias de la Parte 2 del Título 42 del CFR. y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), Partes 160 y 164 del Título 45 del CFR, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que la normativa disponga lo contrario.

Esta autorización para compartir mi información médica es válida hasta que se resuelva mi queja en el HCAI. Entiendo que se me permite revocar esta autorización para compartir datos de salud en cualquier momento y puedo hacerlo por escrito por correo a:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Fair Billing Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

A menos que sea revocada, esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de mi firma en este formulario o cuando se cierre mi queja, lo que ocurra primero. La revocación entrará en vigor cuando el HBCP reciba mi solicitud por escrito, excepto en la medida en que el HBCP u otros ya hayan confiado en mi consentimiento previo para la divulgación de información médica.

Entiendo que esta autorización para divulgar información médica es voluntaria, pero que el HBCP no puede procesar mi queja sobre la facturación del hospital sin la firma de esta divulgación.

A menos que lo exija la ley, la legislación de California prohíbe al HCAI divulgar más información de mi salud a menos que el HCAI obtenga otra autorización. Entiendo que si he autorizado la divulgación de mi información de salud a alguien que no esté obligado legalmente a mantenerla confidencial, es posible que deje de estar protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

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

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Si este formulario lo completa una persona con autoridad legal para actuar en nombre de un individuo, como un padre, una madre o un tutor legal de un menor o un agente de 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 solo se utilizarán con fines de información y análisis. **Esta información es opcional. Si no desea proporcionar esta información, no afectará en modo alguno el resultado de su queja.**

1. IDIOMA

Idioma preferido: _____

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

2. RAZA Y/O ETNIA

¿Cuál es su raza y/o etnia?

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

INDÍGENA ESTADOUNIDENSE o NATIVO DE ALASKA

Proporcione detalles a continuación.

Nación Navajo Opción para escribir: _____

ASIÁTICO O ASIÁTICO-ESTADOUNIDENSE

Proporcione detalles a continuación.

Indio asiático Camboyano Chino Filipino/a Hmong Japonés Coreano
 Laosiano Pakistaní Vietnamita Opción para escribir: _____

NEGRO O AFROESTADOUNIDENSE

Proporcione detalles a continuación.

Afroestadounidense Barbadense Etíope Ghanés Haitiano Jamaiquino Keniano
 Nigeriano Somalí Sudafricano Sudanés Opción para escribir: _____

HISPANO o LATINA/O

Proporcione detalles a continuación.

Colombiano Cubano Dominicano Ecuatoriano Guatemalteco Hondureño
 Mexicano o Mexicano-estadounidense Puertorriqueño Salvadoreño Español
 Opción para escribir: _____

DE MEDIO ORIENTE o NORTEAFRICANO

Proporcione detalles a continuación.

Afgano Argelino Armenio Egipcio Iraní Iraquí Israelí Kurdo
 Libanés Marroquí Sirio Opción para escribir: _____

NATIVO DE HAWÁI o DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Proporcione detalles a continuación.

Chamorro Chuukés Fiyiano Guameño Marshalés Nativo de Hawái Paluano
 Samoano Tahitiano Tongano Opción para escribir: _____

BLANCO

Proporcione detalles a continuación.

- Neerlandés Inglés Francés Alemán Irlandés Italiano Noruego Polaco
 Portugués Ruso Escocés Opción para escribir: _____

3. IDENTIDAD DE GÉNERO

Proporcione detalles a continuación.

- Femenino Masculino Femenino-a-Masculino/Transgénero masculino/Hombre trans
 Masculino-a-Femenino/Transgénero femenino/Mujer trans
 Género no binario (ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino)
 No sabe/Prefiere no decirlo
 Opción para escribir: _____

AVISO SOBRE LA LEY DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE 1977

La Ley de Prácticas de Información de 1977 (Sección 1798.17 del Código Civil de California) exige el siguiente aviso:

- La Sección 127436 del Código de Salud y Seguridad faculta al Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica (HCAI) para investigar las quejas de facturas de hospital relacionadas con las políticas de descuento de pago y/o atención caritativa de un hospital.
- El Programa de Facturación Justa de Hospitales del HCAI utiliza su información personal para investigar su queja sobre factura de hospital.
- Puede proporcionar esta información al HCAI voluntariamente, aunque no es obligatorio. Sin embargo, si no proporciona la información solicitada, es posible que el HCAI no pueda investigar su queja.
- El HCAI puede compartir su información personal, según sea necesario, con el hospital y los proveedores para investigar su queja.
- El HCAI también puede compartir su información con otras agencias gubernamentales según lo exija o permita la ley.
- Usted tiene derecho a consultar su información personal. Si necesita más información o tiene alguna pregunta sobre la privacidad de los datos de identificación personal que mantiene el HCAI, comuníquese con el funcionario encargado de privacidad:

Department of Health Care Access and Information

Privacy Officer

2020 West El Camino, Suite 800

Sacramento, CA 95833

Privacy.Officer@HCAI.ca.gov

hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

ANTES DE PRESENTAR LA QUEJA

Si desea que el HCAI investigue si el hospital le denegó injustamente la ayuda para pagar sus facturas médicas, debe haber solicitado previamente asistencia financiera en el hospital donde recibió los servicios. Si aún no ha presentado su solicitud en el hospital, comuníquese con este para obtener más información sobre cómo hacerlo. Si desea recibir ayuda, puede llamar a Health Consumer Alliance al (888) 804-3536, o visitar healthconsumer.org para obtener más información.

CÓMO PRESENTAR LA QUEJA

1. Presente la queja en línea en HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (es el método más rápido).
Siga las instrucciones en línea y firme el formulario de queja.
2. Si utiliza un representante autorizado, complete el "Formulario de representante autorizado"
3. Adjunte una copia de su última declaración de impuestos o de sus últimos comprobantes de pago.
4. Puede incluir otros documentos que respalden su solicitud, tales como:
 - Presupuesto por escrito del hospital.
 - Cualquier documentación que demuestre los pagos efectuados por los servicios facturados.
 - Cualquier comunicación con su plan de salud o programa de seguros gubernamental sobre los servicios facturados.

- Pruebas de que la deuda médica se vendió a una agencia de cobranzas o existe el riesgo de ser enviada a cobranzas.
- Una copia de su informe crediticio si su puntuación crediticia se vio afectada.

Tenga en cuenta que solo se tendrá en cuenta la documentación relacionada con la(s) fecha(s) de servicio indicada(s) en su queja.

5. Si no la presenta en línea, envíe por correo su formulario de queja y todos los documentos adicionales a:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Bill Complaint Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

ANEXO DE MIEMBROS FAMILIARES ADICIONALES

HCAI-Legal-564 (REV 12/23/25)

Complete esta página si desea incluir a miembros familiares adicionales. Si necesita más espacio, haga copias adicionales de esta página para presentarlas con su queja.

INFORMACIÓN FAMILIAR

Para los pacientes de 18 años o más, la familia incluye a los siguientes: cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados, viven o no en el hogar. Para los pacientes menores de 18 años, o para un hijo dependiente de 18 a 20 años, la familia incluye a los siguientes: padres, parientes cuidadores y otros hijos dependientes de los padres o parientes cuidadores menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados.

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

FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

HCAI-Legal-561 (REV 12/23/2025)

- Si desea dar permiso a otra persona para que le represente o le ayude con su queja, complete las Partes A y B que figuran a continuación.
- **Si usted es el padre, la madre o el tutor legal que presenta esta queja en nombre de un menor de 18 años, no es necesario que complete este formulario.**
- Si presenta esta queja en nombre de un paciente y está legalmente designado para actuar en su nombre, complete solo la parte B. Debe adjuntar una copia de la documentación que le otorga la autoridad legal para actuar como representante autorizado del paciente.

PARTE A COMPLETADO POR EL PACIENTE

Autorizo a la persona nombrada a continuación en la Parte B para actuar en mi nombre en mi queja presentada ante el Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica (HCAI). Autorizo al personal del HCAI para compartir información financiera e información sobre mi(s) condición(es) médica(s) y la atención relacionada con la persona nombrada a continuación. Entiendo y reconozco que estos registros pueden incluir información financiera, de facturación, médica, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH, informes de diagnóstico por imágenes y otros registros relacionados con la queja.

Mi aprobación de esta representación es voluntaria y tengo derecho a revocarla. Si quiero revocarla, debo hacerlo por escrito.

1. Firma del paciente

2. Nombre del paciente en letra de imprenta

3. Fecha: _____

PARTE B COMPLETADO POR LA PERSONA QUE ASISTE 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 la documentación que me otorga la autoridad legal para actuar como representante autorizado del paciente. (Marque si corresponde).