**Member Name:** [Subscriber Name]

**Member ID:** [Subscriber ID]**2**

**File Number:** [Subscriber File Number]

Please complete and sign this complaint form. You can use the self-addressed envelope to return the form to us, or you can send it back by fax to 361-808-2725. This form must be completed and returned to help us resolve your complaint.

What is your complaint? Please provide details below. (You can add more pages if you need more space):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I understand Driscoll Health Plan will address my concerns through your complaint process. Please provide me with the outcome of your review.

I understand that the signature below authorizes the release of medical records to Driscoll Health Plan for use in my complaint. I also further understand that if I am completing this form for another person, the signature must be that of the responsible party (parent/legal guardian).

The medical records released are only for reviewing this complaint. Not allowed for any other use.

I understand that I may cancel this permission at any time except for when an action has already occurred. This authorization will expire one year from the date of my signature, or as otherwise specified by date, event, or condition as follows:

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del miembro:** [Subscriber Name]

**Número de identificación:** [Subscriber ID]2

**Número de expediente:** [Subscriber File Number]

Por favor, complete y firme este formulario de queja. Para enviarnos el formulario, puede utilizar el sobre con la dirección de envío preimpresa o hacerlo por fax al 361-808-2725. Este formulario debe completarse y enviarse para ayudarnos a resolver su queja.

¿Cuál es su queja? Por favor, indique los detalles a continuación (si necesita más espacio, puede agregar más páginas):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que Driscoll Health Plan atenderá mis inquietudes a través de su proceso de quejas. Por favor, envíenme el resultado de su evaluación.

Entiendo que la firma a continuación autoriza la divulgación de los expedientes médicos al Driscoll Health Plan para ser utilizados en mi queja. También entiendo que si estoy completando este formulario para otra persona, la persona responsable (padre/madre o tutor legal) es quien debe firmar.

Los registros médicos publicados son solo para revisar esta queja. No permitido para ningún otro uso.

Entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento, excepto cuando ya se haya producido una acción. Esta autorización caducará un año a partir de la fecha de mi firma, o según lo especifique de otro modo indicando a continuación una fecha, evento o condición médica:

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_