

Acta de Servicios de Salud Mental (MHSA) Forma de Resolución de Problema

| Información de Contacto | | | |
|---|--------------------|---------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Deseo permanecer anónimo | Nombre: | | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Correo Electronico: | Numero Telefónico: | | |
| Describe el problema que le gustaría disputar y por favor sea específico. (Adjunte una hoja adicional si necesita más espacio). | | | |
| ¿Cuál es su propuesta de solución? | | | |

Firma:

Fecha:

| Sólo para uso de oficina | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Recibido por (el empleado): | | Fecha en que se recibo: | |
| Estado de la resolución: | <input type="checkbox"/> En revisión | <input type="checkbox"/> Aprobado | <input type="checkbox"/> No Aprobado |
| Las medidas tomadas /Comentarios: | | | |
| Motivo (s) de la Decisión: | | | |