



ADMINISTRACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD MENTAL
Y CONTRA LA ADICCIÓN

ASSMCA

GOBIERNO DE PUERTO RICO

FORMULARIO DE QUERELLA

Número de Querella (para uso oficial de la ASSMCA)	Fecha de presentación
Información del Querellante	
Nombre del Querellante:	
Dirección del Querellante:	
Teléfono del Querellante:	Correo electrónico del Querellante:
Nombre del Participante:	
Relación Querellante con Participante:	
Información del Querellado	
Nombre del Querellado:	
Nombre de la facilidad o Proveedor:	
Dirección de la facilidad o Proveedor:	
Relación del Querellado, Facilidad o Proveedor con el Participante:	
Teléfono de la Facilidad o Proveedor:	Correo electrónico de la Facilidad o Proveedor:

Información de la Querella	
Querella presentada:	Querella relacionada con:
☐ Personalmente ☐ Llamada telefónica ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal o Correo certificado ☐ Por Agencia de Gobierno ☐ Otro _____	☐ Maltrato Institucional ☐ Negligencia Institucional ☐ Servicios ☐ Acceso a Servicios ☐ Asuntos Administrativos ☐ Eficiencia o Efectividad ☐ Divulgación de Información ☐ Derechos del Participante ☐ Proveedores de Servicio ☐ Planta y/o Seguridad ☐ Otro: _____
Fecha, Hora y Lugar del Evento:	
Fecha del evento:	
Hora del evento:	
Lugar del evento:	
¿Ha presentado la Querella en otras Agencias o Lugares? ☐ Sí ☐ No	
Mencione fecha, hora y lugar donde la presentó:	
Remedio que solicita:	

Personas involucradas o testigos

Nombre y Apellidos	Puesto que ocupa y contacto
1.	
2.	
3.	

Breve Resumen del Evento:
(puede añadir páginas de ser necesario)

☐ Continuación en otra página



Firma del querellante
(en caso de Referido no es requerido firma)

Una vez sea cumplimentado, envíe este formulario a:
info.oor@assmca.pr.gov; geraldine.roche@assmca.pr.gov y xiovette.abrams@assmca.pr.gov

PARA USO OFICIAL DE LA ASSMCA:

Nombre quien recibe la querella:

Fecha recibo de Querella:

☐ Querella aduce hechos suficientes

Asignar a:

☐ Querella no aduce hechos suficientes – archivar

