



MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA

Protecting consumers by advancing high quality, safe medical care.

Enforcement Program
2005 Evergreen Street, Suite 1200
Sacramento, CA 95815-5401
Phone: (916) 263-2528
Fax: (916) 263-2435
www.mbc.ca.gov

Governor Edmund G. Brown Jr., State of California | Business, Consumer Services and Housing Agency | Department of Consumer Affairs

FORMULARIO DE RECLAMOS DEL CONSUMIDOR

Instrucciones para completar su reclamo

- ✓ Complete el nombre completo, dirección, número de teléfono y número de licencia (si lo sabe) de la persona sobre la cual está haciendo el reclamo. Además escriba esta información en la sección correspondiente del Formulario de autorización para divulgar información médica en el reverso del Formulario detallado de Reclamo.
- ✓ Si el paciente ha visto a otro médico por el **mismo** problema, incluya el nombre, dirección y fecha(s) del tratamiento en los detalles del reclamo.
- ✓ Escriba su reclamo e incluya la mayor cantidad posible de detalles específicos (quién, qué, cuándo, dónde, por qué). Incluya la(s) fecha(s) del tratamiento y ejemplos específicos de los problemas con la atención y el tratamiento. Use hojas de papel adicionales si fuera necesario.
- ✓ De conformidad con el Código Comercial y Profesional, Sección 2230.5, el Consejo Médico debe presentar la acusación (cargos formales) contra la licencia del doctor dentro de los tres (3) años de la fecha en que el Consejo es inicialmente notificado del supuesto acto u omisión como bases para la acción disciplinaria **o** dentro de siete (7) años desde la fecha del incidente, lo que ocurra primero. En consecuencia, envíenos inmediatamente copias de cualquier documento que pueda ayudar al Consejo a investigar las acusaciones. Los documentos pueden incluir historias clínicas de pacientes, fotografías, cintas de audio, correspondencia, estados de cuenta, constancias de pagos, etc.
- ✓ Firme y feche el formulario de reclamo y el Formulario de autorización para divulgar información médica.

Autorización para divulgar información médica

El Formulario de autorización para divulgar información médica que se encuentra al reverso del Formulario detallado de reclamo es una autorización legal para que el personal del Consejo Médico obtenga información sobre la atención del paciente de las oficinas del médico o de la institución médica involucrada en la atención de la salud. **CUALQUIER COMENTARIO ADICIONAL, NOTAS, ETC. ANULARÁN EL FORMULARIO Y TENDREMOS QUE PEDIRLE QUE COMPLETE OTRO FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN.** Si desea proporcionarnos información adicional, hágalo utilizando una hoja de papel aparte. Si hay más de un médico involucrado en la atención del paciente, puede copiar el formulario en blanco y completar uno por cada médico y/o institución médica. Cuando se completa y firma un formulario de autorización de divulgación de historia clínica, este le permite al Consejo Médico solicitar los registros **ÚNICAMENTE** de los médicos o instituciones médicas que usted listó en el o los formularios de divulgación de la historia clínica.

Imprima o escriba el nombre del paciente, fecha de nacimiento, fecha de fallecimiento, y número de historia clínica (si lo conoce) en la primera sección. **COLOQUE EL NOMBRE COMPLETO Y LA DIRECCIÓN DE LA PERSONA SOBRE LA CUAL ESTÁ PRESENTANDO EL RECLAMO EN LA SIGUIENTE SECCIÓN.** Complete los nombres y direcciones de todos los otros profesionales de la salud en donde atendieron al paciente por los problemas médicos **de este reclamo específico** (doctores, clínicas y/o hospitales, etc.) utilizando los otros formularios de autorización médica. Si necesitamos ponernos en contacto con usted para aclarar alguna información, se retrasará el proceso de revisión.

NOTA: El paciente o la persona legalmente autorizada a tomar decisiones médicas en nombre del paciente debe firmar y fechar el o los formularios de autorización. Si el paciente no puede firmar la autorización, el formulario deberá ser firmado por: 1) el pariente más cercano, si el paciente falleció (proporcione una copia del Certificado de defunción); 2) el padre o la madre de un menor; o 3) la persona nombrada por el paciente en un Poder legal en donde se le otorga a esa persona la autoridad para tomar decisiones médicas por el paciente (entregar una copia de este documento).

CONSEJO MÉDICO DE CALIFORNIA
FORMULARIO DE RECLAMOS DEL CONSUMIDOR
Por favor imprima o escriba

PERSONA QUE REGISTRA EL RECLAMO

Sr. Sra.		
Nombre:		
<small>(Apellido)</small>	<small>(Primer Nombre)</small>	<small>(Inicial 2^{do} nombre)</small>
Dirección postal:		
<small>(Ciudad)</small>	<small>(Estado)</small>	<small>(Código Postal)</small>
Número de teléfono:	Correo electrónico:	
<small>(Número diurno)</small>	<small>(Número nocturno)</small>	
Sr. Sra.		
Nombre del Paciente:		
<small>(Apellido)</small>	<small>(Primer Nombre)</small>	<small>(Inicial 2^{do} nombre)</small>
Fecha de nacimiento del paciente:	Su relación con el paciente:	
Firma:	Fecha:	

NATURALEZA DEL RECLAMO

Marque el recuadro que describe mejor la naturaleza de su reclamo y proporcione los detalles en la siguiente página.

Atención de calidad inferior (por ej., diagnóstico erróneo, tratamiento negligente, demora en el tratamiento, etc.)

Problemas con las recetas (por ej. recetas insuficientes/excesivas, Internet)

Proveedor sin licencia o Complicidad con un consultorio sin licencia

Conducta sexual indebida

Trastornos del médico o proveedor
(por ej., drogas, alcohol, mentales, físicos)

Conducta poco profesional

(por ej., violación de la confianza, alteración de registros, fraude, publicidad engañosa, arrestos o condenas)

Práctica del consultorio (por ej., no entregar registros médicos al paciente, falta de firma del certificado de defunción, abandono de paciente)

Otro:

Aviso: La información incluida en el formulario de reclamo es solicitada de conformidad con la sección 2220 del Código Comercial y Profesional. Con excepción del nombre del médico, toda la información solicitada es voluntaria; pero no proporcionar la misma puede demorar o imposibilitar la investigación de su reclamo. Proporcione tanta información como sea posible sobre el reclamo. La información en el formulario de reclamo será usada en parte para determinar si ha ocurrido una violación de la Ley estatal. Si se corrobora la violación, la información puede transmitirse a otras agencias del gobierno, incluyendo la Oficina del Fiscal.

RECLAMO REGISTRADO CONTRA

Quiero presentar una queja contra el individuo mencionado a continuación. Comprendo que el Consejo Médico no ayuda a las personas que buscan un reembolso de su dinero u otros recursos personales. Sin embargo, yo estoy enviando esta información para que se pueda determinar si se debe considerar una acción disciplinaria contra la licencia de este profesional de la salud.

Marcar uno:	Médico (M.D.)	Podólogo (DPM)	Asistente de médico (PA)	Partera
	Polisomnógrafo	Psicoanalista de investigación	Proveedor sin licencia	

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial del 2^{do} nombre)

Nombre del Consultorio/Institución: _____ **Número de Licencia** _____
(si lo sabe):

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de teléfono: _____

¿El paciente ha sido examinado/tratado por otro profesional por esta misma condición?

No Sí **Si la respuesta es Sí, proporcione el nombre y dirección en el Formulario de autorización de divulgación de información médica.**

Motivo del tratamiento:

Fecha(s) del tratamiento:

DETALLES DEL RECLAMO

(Adjunte hojas adicionales si es necesario)



MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA

Protecting consumers by advancing high quality, safe medical care.

Enforcement Program
2005 Evergreen Street, Suite 1200
Sacramento, CA 95815-5401
Phone: (916) 263-2528
Fax: (916) 263-2435
www.mbc.ca.gov

Governor Edmund G. Brown Jr., State of California | Business, Consumer Services and Housing Agency | Department of Consumer Affairs

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente (Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido)	Fecha de nacimiento
Número de registro médico (Si corresponde)	Fecha de fallecimiento (Si corresponde)
Número de control	Número de Seguridad Social (Opcional)

Yo, el que suscribe, autorizo a:

Médico/Institución: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número(s) de Teléfono(s): _____

Fecha(s) de Tratamiento(s): _____

a divulgar los registros médicos en el curso de mi diagnóstico y tratamiento al **Programa de cumplimiento del Consejo Médico de California**, una agencia de supervisión de la atención médica. La divulgación de los registros médicos autorizada en este acto es necesaria para su uso oficial, incluyendo la investigación y los posibles procesos administrativos y/o penales con respecto a cualquier violación de las leyes del estado de California. Esta autorización tendrá vigencia durante tres años desde la fecha de su firma. **Una copia de esta autorización es tan válida como la original.** Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización al enviar una notificación escrita al Consejo Médico de California a la dirección que figura a continuación. Mi revocación escrita será efectiva desde el momento en que la reciba el Consejo Médico de California pero no tendrá vigor para las acciones que las personas realizaron en base a esta Autorización. Comprendo que el receptor de mi información no es un plan de salud o proveedor de atención de salud y que la información divulgada puede ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

o Representante Legal: _____ Fecha: _____

Relación

NOTA: El incumplimiento por parte de un médico, podólogo o proveedor de atención médica de proporcionar los registros solicitados dentro de 15 días, o de una Institución Médica dentro de 30 días, de la recepción de esta solicitud y autorización puede constituir una violación de la Sección 2225.5 de la Ley del Ejercicio de la Medicina y dar lugar a acciones adicionales por parte del Consejo. Esta autorización cumple con los requisitos de HIPAA y del Código Civil Sección 56.11.