



## MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA Central Complaint Unit



### FORMULARIO DE RECLAMO DEL CONSUMIDOR

#### Instrucciones para completar el Formulario de reclamo

- ✓ Ingrese el nombre completo y el domicilio, número de teléfono, número de licencia (si lo sabe) de la persona contra quien usted presenta el reclamo. También detalle esta información en la primera sección del Formulario de autorización de entrega de la historia clínica, al dorso del formulario de detalles del reclamo.
- ✓ Si el paciente ha consultado a otro médico con respecto al **mismo** problema, incluya el nombre, domicilio y fecha/s de tratamiento en la sección de entrega del formulario de autorización.
- ✓ Haga su reclamo por escrito e incluya la mayor cantidad de detalles posibles (quién, qué, cuándo, cómo, dónde, por qué). Incluya la/s fecha/s de tratamiento y ejemplos específicos de los problemas con sus respectivos a la atención y tratamiento e incluya más hojas, si resulta necesario. Envíenos las copias de cualquier documento que respalde su reclamo; puede ser la historia clínica del paciente, fotografías, cintas de audio, correspondencia, resúmenes de cuenta, comprobantes de pago, etc.
- ✓ Firme y escriba la fecha al pie de la página del reclamo y en el formulario de autorización de entrega.

#### Autorización para entregar información médica

La autorización para la entrega de la información médica que se encuentra al dorso del formulario de detalles del reclamo consiste en una autorización legal para que el personal del Consejo Médico obtenga la información sobre la atención dispensada al paciente por parte de los doctores y/o de las instalaciones médicas relacionadas con la asistencia médica. **CUALQUIER COMENTARIO, ANOTACIONES, ETC. ADICIONALES INVALIDARÁN EL FORMULARIO Y TENDREMOS QUE SOLICITARLE QUE COMPLETE UN NUEVO FORMULARIO DE ENTREGA.** Si usted desea proporcionarnos información adicional, puede hacerlo en una hoja aparte. Si tiene más de cuatro médicos o instalaciones médicas, usted puede copiar el formulario en blanco para tener espacio suficiente. Cuando este formulario se encuentre completo y firmado, faculta a que el Consejo Médico solicite registros **SOLAMENTE** de los médicos o de las instalaciones que usted ha enumerado en el formulario de entrega de la historia clínica.

**Escriba con letra imprenta o a máquina** el nombre del paciente, la fecha de nacimiento, la fecha de defunción y el número de registro médico si corresponde. Si necesitamos contactarlo para solicitar aclaraciones sobre su información, el proceso de revisión se verá demorado. **INGRESE EL NOMBRE COMPLETO Y LA DIRECCIÓN DE LA PERSONA POR LA QUE USTED SE ESTÁ REALIZANDO ESTE RECLAMO EN LA PRIMERA SECCIÓN.** Complete los nombres y las direcciones del resto de los proveedores de atención médica a los que el paciente consultó por los problemas médicos **en relación con este reclamo específico** (los doctores y/o las clínicas o los hospitales, etc.) utilizando las otras secciones en el formulario de entrega información médica.

**NOTA:** el formulario de entrega debe encontrarse firmado y con la fecha escrita **por el paciente o la persona autorizada legalmente para tomar decisiones por el paciente en relación con la atención médica.** Si el paciente no puede firmar el formulario de autorización, puede ser firmado por: 1) el familiar más cercano, si el paciente ha fallecido (proporcione una copia del Certificado de defunción); 2) el padre de un menor de edad; o 3) la persona designada por el paciente que posea un Poder Legal que lo faculte a tomar **decisiones en relación con la atención médica** por el paciente (proporcione una copia de este documento).

**CONSEJO MÉDICO DE CALIFORNIA**  
**FORMULARIO DE RECLAMO DEL CONSUMIDOR**

**PERSONA QUE REGISTRA EL RECLAMO**

Por favor escriba con letra imprenta o a máquina

Sr.  Sra.

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

**Domicilio postal:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_  
(Durante el día) (Durante la noche) (Celular/Correo electrónico)

Sr.  Sra.

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

**Fecha de nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_ **Su relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**NATURALEZA DEL RECLAMO**

**Por favor, marque el recuadro que mejor describe la naturaleza de su reclamo y proporcione los detalles en la página siguiente**

- |   |  |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> <b>Atención deficiente</b> (por ejemplo, diagnósticos erróneos, tratamiento negligente, retraso en el tratamiento, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Prescripciones</b> (por ejemplo, prescripción escasa/en exceso, recetas por Internet)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Conducta sexual inapropiada</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Conducta poco profesional</b> (Por ejemplo, incumplimiento de la confidencialidad, alteración de registros, fraudes, avisos engañosos, arrestos o condenas)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Prácticas en la oficina del médico</b> (por ejemplo, no proporcionar registros clínicos al paciente, no firmar los certificados de defunción, abandono del paciente)</p> | <p><input type="checkbox"/> <b>Proveedor sin licencia o que ayuda/induce a ejercer la atención médica sin licencia</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Incapacidad del médico/proveedor</b> (por ejemplo, por uso de drogas, alcohol o por una incapacidad mental o física)</p> |
|---|--|

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Aviso:** La información incluida en el formulario de reclamo se solicita en virtud del Artículo 2220 del Código Comercial y Profesional (*Business and Professions Code*). A excepción del nombre del médico, toda la información solicitada es voluntaria, pero si no se proporciona la información solicitada puede retrasar o impedir la investigación de su reclamo. Proporcione tanta información como sea posible con respecto al reclamo. La información contenida en el formulario de reclamo será utilizada en parte para determinar si ha ocurrido una violación de la Ley del Estado. Si se corrobora, la información puede transmitirse a otras agencias del gobierno, incluyendo la oficina del Fiscal General del Estado.

Deseo presentar un reclamo acerca de la persona que se nombra a continuación. Entiendo que el Consejo Médico no asiste a los ciudadanos que buscan recuperar su dinero o obtener otro beneficio personal. Sin embargo, presento esta información con el fin de que pueda determinarse si se debe considerar una medida disciplinaria contra la licencia de este profesional.

Marque uno:

Médico  
(M.D.)

Podólogo  
(DPM)

Auxiliar  
médico

Dispensario  
oftalmológico registrado

Partera

Proveedor  
sin licencia

**RECLAMO REGISTRADO CONTRA**

Por favor escribir con letra imprenta o a máquina

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

**Nombre de la oficina/establecimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de Licencia (si lo sabe):** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

**Número de teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**¿El paciente fue examinado/tratado por algún otro profesional por la misma enfermedad?**

No  Sí Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre y la dirección en la Autorización para la entrega de la información médica

**Motivo del tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha/s del tratamiento:** \_\_\_\_\_

**DETALLES DEL RECLAMO**

(Adjunte hojas adicionales si es necesario)



## MEDICAL BOARD OF CALIFORNIA ENFORCEMENT PROGRAM



### AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Patient Name / Nombre de el Paciente	Date of Birth / Fecha de Nacimiento
Medical Record Number (If applicable) / N° de la Historia Clínica (Si corresponde)	Date of Death (If applicable) / Fecha de Defunción (Si corresponde)
Control Number / Numero de Control	Social Security No. (Optional) / N° de Seguro Social (Opcional)

**I, the undersigned hereby authorize / Yo, el suscrito, por medio de la presente autorizo a:**

Physician/Facility / Médico/Institución: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

City/State/Zip Code / Ciudad/Estado/ Código Postal: \_\_\_\_\_

Phone Number(s) / Número/s de Teléfono: \_\_\_\_\_

Treatment Date(s) / Fecha/s de Tratamiento: \_\_\_\_\_

para que proporcione mi historia clínica durante mi diagnóstico y tratamiento, incluyendo registros médicos, psiquiátricos, de abusos de drogas y alcohol del paciente (originales y/o generados en forma electrónica/por computadora) al CONSEJO MÉDICO DE CALIFORNIA, PROGRAMA de la APLICACION, una agencia de fiscalización sobre la atención médica. Esta divulgación de los expedientes autorizados en el presente se requiere para uso oficial, incluyendo la investigación y posibles procedimientos administrativos con respecto a cualquier violación de las leyes del Estado de California. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que el Consejo Médico de California, perteneciente a este Estado, concluya la investigación y los procedimientos que surgen de la misma. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que la original. Entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización si la solicito. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización enviando la notificación por escrito al Consejo Médico de California (*Medical Board of California*), 2005 Evergreen Street, Suite 1200, Sacramento, CA, 95815. Mi revocación escrita tendrá vigencia al momento en que sea recibida por el Consejo Médico de California pero no tendrá vigencia hasta el punto en que tales personas hayan actuado en base a esta autorización. Entiendo que la información sobre mi salud no tiene como destino un plan de la salud o un proveedor médico y que la información divulgada pueda no encontrarse protegida por normas federales de confidencialidad.

Patient Signature / Firma de el Paciente \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_

Or / o  
Legal Representative / Representante Legal \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_

Relationship / Parentesco

**NOTE:** Failure by a physician, podiatrist or health care provider to provide the requested records within 15 days, or a health care facility in 30 days, of receipt of this request and authorization may constitute a violation of Section 2225.5 of the Medical Practice Act and may result in further action by the Board. This release is compliant with the requirements of HIPAA and Civil Code Section 56.11.