



# Instrucciones para completar el formulario de reclamación del consumidor

1. Imprima o escriba toda la información de forma legible.
2. Proporcione el nombre completo y la dirección del licenciario contra el que presenta su reclamación. Tenga en cuenta que la Junta Médica (Junta) solo se ocupa de las reclamaciones contra las personas que figuran en la segunda página. Para obtener más información, vea "[A Consumer's Guide to the Complaint Process](#)" (Guía del consumidor para el proceso de reclamación).
3. Adjunte una copia de todos los documentos de apoyo que pueda tener en su poder en relación con su reclamación **específica**; los documentos pueden incluir registros del paciente, fotografías, grabaciones de audio o video, correspondencia, declaraciones de facturación, comprobantes de pago, informes de autopsia/toxicología, informes policiales, documentos judiciales, etc.
4. Por favor, firme y ponga la fecha en el formulario de reclamación.
5. Complete la "**Autorización para la divulgación de información para el sujeto de la reclamación**" (El **sujeto** es el médico u otro proveedor de atención médica contra el que está reclamando)
6. Complete uno de los siguientes formularios de divulgación médica en su totalidad:
  - "**Autorización del médico/proveedor/institución para la divulgación de información**" (En este formulario enumerará todas las instituciones de tratamiento, además de todos los proveedores de tratamiento pertinentes específicos de su reclamación. Si el incidente involucra un procedimiento quirúrgico, es importante que enumere todos los proveedores pre o postoperatorios)

-O-

- "**Autorización de Kaiser para la divulgación de información**" (si la atención y tratamiento se han proporcionado en un centro de Kaiser, complete el formulario adjunto de Kaiser y confirme si se trata de un centro "del norte" o "del sur")

\*\*\* En caso de que el paciente haya fallecido, la persona que firme el formulario o formularios de autorización debe ser un representante legal, lo que se demuestra mediante un poder notarial duradero, un certificado de defunción o un documento de testamento. (**Adjunte una copia de la documentación de apoyo**).

## Tenga en cuenta lo siguiente:

- Debe completar **un formulario de reclamación por separado para cada médico u otro proveedor de atención médica** contra el que desee presentar una reclamación.
- La Junta **no tiene jurisdicción sobre disputas de facturación/cuotas**, prácticas comerciales generales (contratos, políticas de oficina, horarios/duración de citas, etc.) o conflictos personales, a menos que el comportamiento en cuestión interfiera con la prestación segura de la atención médica. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros o con el consultorio de su médico u otro proveedor de atención médica para resolver las disputas fuera de la jurisdicción de la Junta. **La Junta no puede otorgar ningún tipo de compensación financiera.**
- Tenga en cuenta que la Junta no puede ayudar en la coordinación de la atención al paciente. Si necesita ayuda, póngase en contacto con su compañía de seguros o proveedores médicos.
- Revise el folleto "[A Consumer's Guide to the Complaint Process](#)" (Guía del consumidor para el proceso de reclamaciones) para obtener información sobre el proceso de revisión de reclamaciones.

Para obtener más información, visite: [www.mbc.ca.gov/Consumers/Complaints/](http://www.mbc.ca.gov/Consumers/Complaints/)



# Formulario de reclamación del consumidor

## RECLAMACIÓN REGISTRADA CONTRA

Marque uno:  Médico (MD)  Podólogo (DPM)  Partera  
 Polisomnógrafo  Proveedor sin licencia

### Información del sujeto

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de licencia del proveedor
Nombre de la oficina/institución			Número de teléfono
Dirección postal			
Ciudad	Estado	Código postal	

## PERSONA QUE REGISTRA LA RECLAMACIÓN

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Su relación con el paciente	

## NATURALEZA DE LA RECLAMACIÓN (Marque todo lo que corresponda)

- Calidad de la atención** (Diagnóstico equivocado, tratamiento/medicación que causa efectos secundarios, complicaciones quirúrgicas, atención negligente, etc.)
- Práctica de oficina** (Falta de firma en el certificado de defunción, incumplimiento en proporcionar registros, publicidad engañosa, doble facturación, facturación de servicios no prestados)
- Prescripción inadecuada**
- Impedimento del proveedor** (Bajo la influencia de drogas o alcohol, impedimento físico o mental)
- Comportamiento sexual inapropiado**
- Actividad sin licencia** (Ayudar a e instigar la práctica sin licencia, proveedor sin licencia)



Junta Médica de California

# Formulario de reclamación del consumidor

**Programa de cumplimiento**  
2005 Evergreen Street, Suite 1200  
Sacramento, CA 95815-5401  
Teléfono: (916) 263-2528  
Fax: (916) 263-2435  
[www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)

## DETALLES DE LA RECLAMACIÓN (Adjunte páginas adicionales de ser necesario)

Presente su reclamación en orden cronológico y en detalle. Además, incluya las fechas de tratamiento y enumere todos los proveedores de tratamiento relevantes específicos para su reclamación. Es importante que sea específico con respecto a las alegaciones de atención deficiente. Proporcionar una descripción completa de su reclamación permite un proceso de revisión más rápido.

Firma

Fecha