Junta Médica de California

Instrucciones para completar el 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
complaint@mbc.ca.gov

1. Imprima o escriba toda la información de forma legible.
2. Proporcione el nombre completo y la dirección del licenciatario 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/**

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
complaint@mbc.ca.gov

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
complaint@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

Junta Médica de California

Autorización para la divulgación de información para el sujeto de la reclamación

Programa de cumplimiento
2005 Evergreen Street, Suite 1200
Sacramento, CA 95815-5401
Teléfono: (916) 263-2528
Fax: (916) 263-2435
complaint@mbc.ca.gov

MARQUE TODOS LOS TIPOS DE REGISTRO QUE APLIQUEN

- ☐ Registros médicos
- ☐ Imágenes de diagnóstico
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Consumo de alcohol/drogas
- ☐ Psiquiátrico

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Fecha de defunción (si aplica)

Número de registro médico (si se conoce)

Número de control

Autorización para la divulgación de información para el sujeto de la reclamación

Yo, quien suscribe, por la presente autorizo a:

Médico/proveedor		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha(s) de tratamiento	

a divulgar los registros médicos en el curso de mi diagnóstico y tratamiento a la Junta Médica de California, Programa de cumplimiento, una agencia de control de la salud. La divulgación de los registros autorizados en este documento es necesaria para el uso oficial, incluyendo la investigación y los posibles procedimientos administrativos y/o penales en relación con cualquier violación de las leyes del Estado de California. Esta autorización tendrá una validez de tres años a partir de la fecha de su firma. Una copia de esta autorización será tan válida como la original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito. Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización enviando una notificación por escrito a la Junta Médica de California a la dirección indicada arriba. Mi anulación por escrito entrará en vigor cuando la Junta Médica de California la reciba, pero no será efectiva en la medida en que esas personas hayan actuado basándose en esta Autorización. Entiendo que el destinatario de mi información no es un plan de salud o proveedor de atención médica y que es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales de privacidad. Firmo esta autorización voluntariamente y entiendo que el tratamiento, el pago o mi elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.

Firma del paciente	**-O-**	Fecha
Nombre del representante legal		Relación con el paciente
Firma del representante legal		Fecha

NOTA: El hecho de que un médico, podólogo o proveedor de atención médica no proporcione los registros solicitados en un plazo de 15 días, o un centro de salud en un plazo de 30 días, a partir de la recepción y autorización de esta solicitud, puede constituir una violación de la Sección 2225.5 de la Ley de Prácticas Médicas y puede dar lugar a la adopción de medidas adicionales por parte de la Junta.

Junta Médica de California

Autorización del médico/proveedor/ institución para la divulgación de información

Programa de cumplimiento
2005 Evergreen Street, Suite 1200
Sacramento, CA 95815-5401
Teléfono: (916) 263-2528
Fax: (916) 263-2435
complaint@mbc.ca.gov

MARQUE TODOS LOS TIPOS DE REGISTRO QUE APLIQUEN

- ☐ Registros médicos
- ☐ Imágenes de diagnóstico
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Consumo de alcohol/drogas
- ☐ Psiquiátrico

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente
Fecha de nacimiento
Fecha de defunción (si aplica)
Número de registro médico (si se conoce)
Número de control

Yo, quien suscribe, por la presente autorizo a:

Médico/proveedor/institución		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha(s) de tratamiento	

Médico/proveedor/institución		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha(s) de tratamiento	

Autorización del médico/proveedor/ institución para la divulgación de información

Médico/proveedor/institución		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha(s) de tratamiento	

a divulgar los registros médicos en el curso de mi diagnóstico y tratamiento a la Junta Médica de California, Programa de cumplimiento, una agencia de control de la salud. La divulgación de los registros autorizados en este documento es necesaria para el uso oficial, incluyendo la investigación y los posibles procedimientos administrativos y/o penales en relación con cualquier violación de las leyes del Estado de California. Esta autorización tendrá una validez de tres años a partir de la fecha de su firma. Una copia de esta autorización será tan válida como la original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito. Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización enviando una notificación por escrito a la Junta Médica de California a la dirección indicada arriba. Mi anulación por escrito entrará en vigor cuando la Junta Médica de California la reciba, pero no será efectiva en la medida en que esas personas hayan actuado basándose en esta Autorización. Entiendo que el destinatario de mi información no es un plan de salud o proveedor de atención médica y que es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales de privacidad. Firmo esta autorización voluntariamente y entiendo que el tratamiento, el pago o mi elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.

Firma del paciente	Fecha
-O-	
Nombre del representante legal	Relación con el paciente
Firma del representante legal	Fecha

NOTA: El hecho de que un médico, podólogo o proveedor de atención médica no proporcione los registros solicitados en un plazo de 15 días, o un centro de salud en un plazo de 30 días, a partir de la recepción y autorización de esta solicitud, puede constituir una violación de la Sección 2225.5 de la Ley de Prácticas Médicas y puede dar lugar a la adopción de medidas adicionales por parte de la Junta.

Junta Médica de California

Autorización de Kaiser para la divulgación de información

Programa de cumplimiento
2005 Evergreen Street, Suite 1200
Sacramento, CA 95815-5401
Teléfono: (916) 263-2528
Fax: (916) 263-2435
complaint@mbc.ca.gov

MARQUE TODOS LOS TIPOS DE REGISTRO QUE APLIQUEN

- ☐ Registros médicos
- ☐ Imágenes de diagnóstico
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Consumo de alcohol/drogas
- ☐ Psiquiátrico

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Fecha de defunción (si aplica)

Número de registro médico (si se conoce)

Número de control

Autorización de Kaiser para la divulgación de información

Yo, quien suscribe, por la presente autorizo a:

☐ Médico/proveedor/institución Kaiser Permanente (Centro del norte)

☐ Médico/proveedor/institución SCPMG/Kaiser Foundation Hospital (Centro del sur)

Fecha(s) de tratamiento

a divulgar los registros médicos en el curso de mi diagnóstico y tratamiento a la **Junta Médica de California, Programa de cumplimiento,** una agencia de control de la salud. La divulgación de los registros autorizados en este documento es necesaria para el uso oficial, incluyendo la investigación y los posibles procedimientos administrativos y/o penales en relación con cualquier violación de las leyes del Estado de California. Esta autorización tendrá una validez de tres años a partir de la fecha de su firma. **Una copia de esta autorización será tan válida como la original.** Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito. Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización enviando una notificación por escrito a la Junta Médica de California a la dirección indicada arriba. Mi anulación por escrito entrará en vigor cuando la Junta Médica de California la reciba, pero no será efectiva en la medida en que esas personas hayan actuado basándose en esta Autorización. Entiendo que el destinatario de mi información no es un plan de salud o proveedor de atención médica y que es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales de privacidad. Firmo esta autorización voluntariamente y entiendo que el tratamiento, el pago o mi elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.

Firma del paciente	Fecha

-O-

Nombre del representante legal	Relación con el paciente
Firma del representante legal	Fecha

NOTA: El hecho de que un médico, podólogo o proveedor de atención médica no proporcione los registros solicitados en un plazo de 15 días, o un centro de salud en un plazo de 30 días, a partir de la recepción y autorización de esta solicitud, puede constituir una violación de la Sección 2225.5 de la Ley de Prácticas Médicas y puede dar lugar a la adopción de medidas adicionales por parte de la Junta.