



BOARD OF REGISTRATION IN MEDICINE

200 Harvard Mill Square, Suite 330

Wakefield, Massachusetts 01880

(781) 876-8200

<http://www.massmedboard.org>

FORMA PARA QUERELLAS EN CONTRA DE MÉDICOS

El Board of Registration in Medicine autoriza y regula la práctica de médicos y acupunturistas. Escriba a máquina o escriba legiblemente con bolígrafo. No escriba en los márgenes.

Para facilitar el procesamiento de esta querrela, asegúrese de que todos los documentos son legibles. Si va a someter copias de documentos relevantes para apoyar su querrela, éstos deben ser papeles solamente. Puede incluir fotografías pero éstas no serán devueltas. **No envíe objetos, audio cintas, videos, CDs o rayos x.**

Información o materiales adjuntos:

Sí No

INFORMACIÓN DEL QUERELLANTE:

Su parentesco con el(la) paciente (por ejemplo, padre, usted mismo(a) o cónyuge) _____

Género: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono Alternativo _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

La misma indicada arriba: Sí No

Género: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono Alternativo _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO: (Use una forma diferente para cada médico)

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____ Teléfono de la Oficina _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Especialidad _____

INFORMACIÓN ACERCA DEL TRATAMIENTO MÉDICO:

¿Hace cuánto tiempo ha estado el paciente bajo el cuidado de este médico? _____

Si el paciente ha fallecido, provea la fecha de defunción. _____

Lugar donde se obtuvo el tratamiento: Oficina médica Clínica Hospital Asilo Otro _____

Lugar del tratamiento (provea si es diferente a la dirección provista en la página uno en la sección de información del médico)

Nombre de la facilidad			
Dirección		Teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono Alterno

INFORMACIÓN ADICIONAL ACERCA DE PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD:

Indique el nombre, la dirección y el tipo de proveedor de cuidado de salud, tales como otros médicos, dentistas o quiroprácticos que han provisto tratamiento que pueda estar relacionado con esta querella. (Incluya páginas adicionales si es necesario.)

Nombre			
Dirección		Teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal	Tipo de Proveedor

Nombre			
Dirección		Teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal	Tipo de Proveedor

RECONOCIMIENTO

Al firmar y someter esta forma, reconozco que el *Board of Registration in Medicine* puede (1) referir mi querella a las debidas autoridades jurídicas o regulatorias; y (2) obtener récords médicos y otra información relacionada con esta querella.

Adicionalmente, reconozco que una copia de mi querella y todos los anexos pueden ser enviados al médico. También reconozco que, si no soy el paciente, el *Board* no compartirá la información médica y confidencial del paciente conmigo sin prueba legal de que yo estoy autorizado(a) a recibir esa información.

A mi leal saber y entender, la información que he provisto es verdadera, correcta y completa.

Firma del Querellante

Fecha

Nombre del Querellante (en letra de molde)

DESCRIPCIÓN DE LA QUERELLA:

Fecha de los eventos que forman la base de esta querella: _____

Describa brevemente su querella.

Formulario con líneas horizontales para describir la querella.

(Incluya páginas adicionales si es necesario.)

Firma del Querellante

Fecha

Envíe esta forma a:

Gerente de Protección del Consumidor
Board of Registration in Medicine
200 Harvard Mill Square, Suite 330
Wakefield, MA 01880