

Presentar una queja contra un profesional o establecimiento de atención médica

Usted tiene derecho de presentar una queja ante la Oficina de Licencias de Profesiones de la Salud (BHPL) si un profesional o establecimiento de atención médica viola las normas de conducta profesional.

1. Antes de empezar

Cualquier persona puede presentar una queja contra un licenciario para que la Oficina la revise. BHPL recomienda que presente la queja utilizando nuestro [Portal de Quejas en Línea](#).

1. Sea lo más específico posible en la descripción de su queja, incluyendo ubicación, fecha, nombre del licenciario, n° de licencia, testigos, etc. Preséntelos por separado para cada persona y/o establecimiento contra el cual presente su queja.
2. Incluya copias de todos los expedientes médicos pertinentes, correspondencia, contratos, fotografías y cualquier otro documento que respalde cada una de sus quejas al momento de presentarla.
No podrá volver a su queja una vez que haya sido enviada.
3. La Oficina puede solicitar registros adicionales médicos o de tratamiento al proveedor para investigar su queja si se relaciona con el tratamiento que usted recibió como paciente. El portal de quejas en línea incluye una autorización electrónica para la divulgación de dichos registros.
4. Al recibir su queja, la Oficina revisará cuidadosamente toda la información disponible. La Oficina puede tomar una de las siguientes acciones:
 - a. Abrir una queja formal e iniciar una acción disciplinaria.

- b. Abrir una investigación administrativa para determinar si existe evidencia de una infracción.
 - c. Cerrar el asunto debido a evidencia insuficiente, falta de jurisdicción, falta de violación estatutaria o reglamentaria, etc.
- 5. Si una Junta abre una queja formal, la queja formal puede ser desestimada, resuelta con una acción no disciplinaria, o resultar en una sanción disciplinaria contra el licenciatario.

Las acciones no disciplinarias incluyen:

- a. Carta de advertencia
- b. Libertad probatoria suspendida no disciplinaria

Las acciones disciplinarias incluyen:

- c. Reprimenda
- d. Libertad probatoria
- e. Suspensión o revocación

La Junta debe contar con evidencia clara de una violación estatutaria o reglamentaria para poder imponer una sanción sobre una licencia.

- 6. Si la Oficina no es la agencia correcta para manejar su queja, podemos remitir su queja a otra agencia o programa.
- 7. Los formularios de queja en papel están disponibles a solicitud. Por favor llame a la Oficina de Licencias de Profesiones de la Salud - Oficina de Protección Pública al (617) 973-0865 o por correo electrónico a bhplcomplaints@mass.gov.

2. Después de presentar su queja:

La Oficina le enviará a usted, el denunciante, una notificación por escrito si se toma alguna medida adicional sobre su queja. El licenciatario nombrado en la queja puede ser notificado y recibir una copia de su queja, y se le puede pedir que brinde una respuesta escrita a las acusaciones.

La duración de una investigación varía según el caso, dependiendo de la complejidad de la investigación, particularmente si es necesario solicitar registros médicos u otra información pertinente. Puede tomar un mes realizar una revisión o hasta tres años imponer una acción disciplinaria.

Cuando el caso sea resuelto, se le notificará sobre la acción tomada por la Oficina, excepto en el caso de quejas anónimas.

Quejas anónimas

Podemos, a nuestra discreción, investigar una queja anónima si:

1. La queja alega violaciones a leyes o reglamentos que justifican una acción de la Junta o representa un peligro inmediato para la salud y seguridad pública.
2. La queja contiene suficiente información para realizar una investigación.
3. La evidencia de la supuesta infracción está disponible por medio de otras fuentes.
4. La comprobación de las acusaciones no requiere la identificación y/o el testimonio de la persona que presenta la queja.

Las quejas anónimas serán revisadas; sin embargo, la Oficina puede no ser capaz de llevar a cabo una investigación completa o iniciar una acción disciplinaria si no puede obtener evidencia de respaldo de otras fuentes.

Todos los casos son revisados y priorizados. La más alta prioridad se otorga a los casos que representan una amenaza potencial o inmediata de daño a un paciente o pacientes.

Asuntos que están fuera de nuestra autoridad

- Disputas por honorarios, como aquellos por pagos por citas perdidas.
- Disputas de facturación, como la cantidad que un licenciario cobra por sus servicios.

- Conflictos de personalidad (a menos que estos lleguen al nivel de una conducta no profesional)

Para reportes de fraude en la atención médica:

Puede **presentar una queja por fraude en la atención médica** contra profesionales y establecimientos autorizados por la Junta de Registro de Quiroprácticos y la Junta de Registro de Profesiones Aliadas de la Salud.

¿Busca más información sobre una queja resuelta?

- Las acciones disciplinarias y otras medidas tomadas por las juntas de registro de la BHPL están disponibles en línea.
- **Los registros públicos pueden solicitarse a la Oficina de Licencias de Profesiones de la Salud.**

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
 OFICINA DE LICENCIAS DE PROFESIONES DE LA SALUD
 TEL (617) 973-0865 FAX (617) 973-0985 TTY (617) 973-0988
<https://www.mass.gov/orgs/bureau-of-health-professions-licensure>

Por favor complete todos los campos a continuación según lo que mejor sepa y sea lo más detallado posible.

Por favor escriba en letra imprenta o en letra legible con tinta.

TU INFORMACIÓN:

Apellido	Nombre	Inicial 2° Nombre
----------	--------	-------------------

Dirección de Envío	Ciudad	Estado	Código Postal
--------------------	--------	--------	---------------

N° Teléfono	Correo electrónico
-------------	--------------------

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA (use formularios separados para cada individuo o negocio/establecimiento contra el cual desee presentar una queja):

Apellido del Licenciario	Nombre del Licenciario	N° Licencia (si lo sabe)
--------------------------	------------------------	--------------------------

Nombre del Negocio/ Establecimiento	N° Teléfono
-------------------------------------	-------------

Dirección del Negocio/ Establecimiento

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

N° Licencia del Negocio / Establecimiento (si lo sabe): _____

POR FAVOR SELECCIONE LA PROFESIÓN O ESTABLECIMIENTO A LA QUE CORRESPONDE ESTA QUEJA:

☐ Enfermero Registrado
☐ Enfermero Anestesta
☐ Enfermero Practicante
☐ Enfermero Licenciado
☐ Farmacéutico
☐ Farmacéutico Nuclear
☐ Técnico Farmacéutico
☐ Asistente Médico
☐ Dentista

☐ Higienista Dental
☐ Asistente Dental
☐ Perfusionista
☐ Perfusionista Provisional
☐ Terapeuta de Cuidado Respiratorio
☐ Administrador de Cuidados a Largo Plazo (NHA)
☐ Trabajador Certificado de Salud Comunitaria
☐ Doctor en Naturopatía

☐ Quiropráctico
☐ Especialista en Instrumentos Auditivos
☐ Aprendiz de Especialista en Instrumentos Auditivos
☐ Dietista y Nutricionista
☐ Óptico Dispensor
☐ Podiatra
☐ Podiatra con Licencia Limitada
☐ Optometrista
☐ Audiólogo
☐ Patólogo del Lenguaje y Habla
☐ Asistente de Patólogo del Lenguaje y Habla
☐ Trabajador Social Licenciado
☐ Trabajador Social Licenciado Certificado
☐ Asociado de Trabajador Social Licenciado Certificado
☐ Trabajador Social Clínico Independiente Licenciado
☐ Entrenador Atlético

☐ Terapeuta Ocupacional
☐ Asistente de Terapia Ocupacional
☐ Fisioterapeuta
☐ Asistente de Fisioterapeuta
☐ Psicólogo Licenciado
☐ Analista de Conducta Aplicada
☐ Asistente de Analista de Conducta Aplicada
☐ Psicólogo Educativo
☐ Terapeuta Matrimonial y Familiar
☐ Consejero de Salud Mental
☐ Consejero de Rehabilitación
☐ Farmacia Minorista/Tienda de Medicamentos
☐ Distribuidor de Almacén
☐ Establecimiento de Fisioterapia
☐ Establecimiento de Tercerización de Residencia
☐ Establecimiento de Tercerización No Residente
☐ Farmacia Nuclear
☐ Establecimiento Quiropráctico
☐ Licencia de Establecimiento de Fisioterapia

POR FAVOR SELECCIONE LA NATURALEZA DE SU QUEJA:

☐ Error de medicación
☐ Causa de discapacidad
☐ Práctica fuera del alcance de la práctica profesional
☐ Abandono/negligencia del paciente
☐ Práctica sin licencia
☐ Desvío de medicamentos
☐ Calidad de la atención proporcionada

☐ Fraude
☐ Condena/conducta criminal
☐ Diagnóstico incorrecto de la condición
☐ Imposibilidad de obtener registros o radiografías
☐ Reacción adversa a la sedación
☐ Abuso al paciente
☐ Otro (por favor especifique a continuación)

FECHA(S) DE INCIDENTE(S) _____

Descripción de incidente(s):

Por favor describa el/los incidente(s) que dieron lugar a su queja e indique las horas y fechas en que ocurrieron los hechos. Liste los nombres de todas las personas involucradas. Por favor, adjunte páginas adicionales si es necesario.

(Por favor, use una hoja aparte si es necesario. No escriba en los márgenes.)

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA ANTERIOR (si aplica):

Nombre

N° Teléfono

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA POSTERIOR * (si aplica):

** Adjunte el informe del proveedor posterior (si está disponible).*

Nombre

N° Teléfono

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Ha discutido este asunto con el licenciario, la oficina del licenciario o el establecimiento?

☐ sí ☐ no

Si es sí, por favor brinde el nombre y número de teléfono de la persona contactada:

Fecha de contacto: _____ **¿Cómo se realizó el contacto? (teléfono, correo electrónico, carta escrita, en persona):**

Resultado del contacto:

Si hay testigos del incidente descrito en su queja, por favor brinde el/los nombre(s) y número(s) de teléfono de los testigos (si aplica):

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia estatal o federal? ☐ sí ☐ no

Si es sí, por favor explique: _____

Si la resolución de esta queja lo requiere, ¿está dispuesto a testificar en persona sobre este asunto en una audiencia formal?

☐ Sí, estoy dispuesto. ☐ No estoy dispuesto.

¿Información o materiales adicionales adjuntos? ☐ Sí ☐ No

Para agilizar el proceso de la queja, por favor envíe copias legibles (NO originales) de toda la documentación relacionada que respalde la presentación de su queja (e.j. contratos, expedientes médicos, cheques cancelados, etc.). La Oficina le enviará a usted, el denunciante, una notificación por escrito si se toma alguna medida adicional sobre su queja. El licenciatario nombrado en la queja puede ser notificado y recibir una copia de su queja y se le puede solicitar que brinde una respuesta escrita a las acusaciones.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES Y DERIVACIÓN DE LA QUEJA

Mi firma en este formulario, o una fotocopia del mismo, autoriza al Departamento de Salud Pública y a la Oficina de Licencias de Profesiones de la Salud a: (1) recibir copias de todos mis expedientes médicos relacionados con mi queja; (2) compartir la queja y todos los registros recopilados por la Oficina de Licencias de Profesiones de la Salud durante la investigación de mi queja con el licenciatario para su uso en responder a las acusaciones de esta queja; y (3) derivar mi queja a otras autoridades regulatorias y/o de fuerzas del orden para que tomen las medidas correspondientes.

Entiendo que todas las quejas son investigadas para determinar su fundamento fáctico.

El acto de presentar una queja y su recepción y/o investigación por parte del Departamento de Salud Pública (DPH) no significa que se tomará una acción disciplinaria contra el licenciatario.

Por la presente declaro que tengo al menos 18 años de edad y afirmo bajo pena de perjurio que la información proporcionada en relación con la queja anterior es verdadera y correcta según mis conocimientos, información y creencia.

**Firma del
Paciente o
Representante Legal**
(Adjuntar Documentación)

Fecha

Envíe por correo este formulario al:

Department of Public Health
Bureau of Health Professions Licensure
Attn: Office of Public Protection
100 Cambridge St., 19th Floor Boston,
MA 02114-2509

SOLO PARA USO DEL DPH:

Firma del Director Ejecutivo o Representante Designado de la Junta

Fecha