



Commonwealth of Massachusetts Board of Registration in Medicine

FORMULARIO PARA QUERELLA

Devuelva este formulario a: Consumer Protection Coordinator
Board of Registration in Medicine
178 Albion Street, Suite 330
Wakefield, MA 01880
Fax: (781) 876-8381

Favor de escribir a máquina/computadora o a mano, de forma legible y con tinta. Puede usar la página adjunta para explicar su querella o añadir páginas. Cualquier información adicional que usted quiera someter con su querella debe ser por escrito o en formato electrónico y no se le devolverá. No envíe objetos, cintas electrónicas o rayos X. Si tiene preguntas, favor de llamar a nuestra línea de Protección del Consumidor al (781) 876-8200.

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

apellido	nombre	inicial	
dirección	ciudad	estado	código postal
especialidad del médico: _____		número de teléfono: _____	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

<input type="checkbox"/> masculino			
<input type="checkbox"/> femenina _____			
apellido	nombre	inicial	
dirección	ciudad	estado	código postal
fecha de nacimiento: _____		número de teléfono (diurno): _____	
lugar de tratamiento: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Otro _____			
fecha(s) cuando ocurrió/ocurrieron el/los incidente(s) descrito(s) en la querella: _____			
periodo de tiempo que el paciente ha estado bajo el cuidado del médico: _____			

INFORMACIÓN DEL QUERELLANTE: (*Complete SOLAMENTE si es diferente a la información del paciente*)

NOTA: No le comunicaremos la información médica y confidencial del paciente sin prueba legal demostrando que usted está autorizado(a) a recibir esta información.

<input type="checkbox"/> masculino			
<input type="checkbox"/> femenina _____			
apellido	nombre	inicial	
dirección	ciudad	estado	código postal
su relación al paciente: _____		número de teléfono (diurno): _____	

RECONOCIMIENTO

Al firmar y someter esta forma, reconozco que el *Board of Registration in Medicine* puede (1) obtener récords médicos y otra información relacionada con esta querella; (2) referir mi querella a las debidas autoridades jurídicas o regulatorias. Entiendo que una copia de mi querella y todos los anexos pueden ser enviados al médico.

Firma del Querellante

Fecha

revised 8/25/2011

