

Massachusetts  
Conselho de Registro em Medicina



Formulário de Reclamação

Retorne esse formulário para:

Coordenação de Proteção ao Consumidor  
Conselho de Registro em Medicina  
178 Albion Street, Suite 330  
Wakefield, MA 01880  
Fax: (781) 876-8381

Por favor escreva ou imprima de forma legível. Você pode usar a página anexada para explicar sua reclamação ou anexar seu próprio papel a esse formulário. Qualquer informação adicional que você queira apresentar junto a sua reclamação deve ser em papel ou formulário eletrônico e não será devolvido. Não envie objetos, fitas, ou raio-x. Se você tiver alguma pergunta, por favor telefone para nossa Unidade de Proteção ao Consumidor no (781) 876-8200.

**INFORMAÇÃO DO MÉDICO** (um médico para cada formulário de reclamação)

_____	_____	_____	_____
sobrenome	primeiro nome	inicial do nome do meio	
_____	_____	_____	_____
Endereço	cidade	estado	CEP
especialidade do médico: _____		número de telefone: _____	

**INFORMAÇÃO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> masculino			
<input type="checkbox"/> feminino			
_____	_____	_____	_____
sobrenome	primeiro nome	inicial do nome do meio	
_____	_____	_____	_____
Endereço	cidade	estado	CEP
data de nascimento _____	número de telefone: _____		
local de tratamento: <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Lar de idosos <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outro _____			
Em que data(s) o evento(s) ocorreu?: _____			
Quanto tempo o paciente esteve sob o tratamento desse médico: _____			

**INFORMAÇÃO DE DENÚNCIA** (Complete **SOMENTE** se for diferente da informação do paciente)

**NOTA:** A Diretoria não irá divulgar a informação médica confidencial do paciente sem prova legal que você está autorizado a receber a informação.

<input type="checkbox"/> masculino			
<input type="checkbox"/> feminino			
_____	_____	_____	_____
sobrenome	primeiro nome	inicial do nome do meio	
_____	_____	_____	_____
Endereço	cidade	estado	CEP
your relationship to the patient: _____		daytime telephone number: _____	

**RECONHECIMENTO**

Eu reconheço que, através da apresentação dessa denúncia e assinatura desse formulário, o Conselho de Registro de Medicina pode (1) obter registros médicos e outras informações relativas a essa queixa; e/ou (2) referir minha reclamação para outra regulação apropriada ou autoridades de aplicação da lei. Eu entendo que o Conselho pode fornecer uma cópia de minha reclamação e todos os anexos para o médico.

Complainant's signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

