

NORTH CAROLINA MEDICAL BOARD

PO Box 20007

Raleigh, NC 27619

Correo electrónico: complaints@ncmedboard.org



HOJA DE INSTRUCCIONES

- La junta otorga licencias y regula a **médicos y auxiliares médicos (PA)**.
- Los reclamos presentados contra **no licenciarios** (consultorios, personal médico general, quiroprácticos, optometristas, enfermeros, dentistas, podiatras, etc.) asilos para ancianos u hospitales, **se le devolverán** con la correspondiente dirección de derivación.
- Cuando fuera posible, el **paciente** o su representante legal debe presentar el reclamo, **a menos** que este sea presentado por otro profesional del cuidado de la salud.
- El **paciente** o su representante legal autorizado deben **completar** el **formulario de autorización de divulgación de antecedentes médicos** para que se puedan obtener los registros necesarios para revisar su reclamo. *Ver formulario adjunto.*
- Se enviará una copia de su reclamo al **médico o al auxiliar médico** identificado en su reclamo para que lo revise y responda a la junta.
- Ingrese la información solicitada en cada sección del formulario de reclamo. **Se necesita** un formulario independiente para cada reclamo de médico o auxiliar médico. *Puede hacer una copia de este formulario si necesita más formularios.*
- No olvide **hacer una copia de la información** que envíe ya que no se le devolverá ningún material que envíe a la junta.
- No utilice **GRAPAS** cuando envíe su formulario de reclamo; **solo clips para papeles**.
- **Lea** el folleto adjunto “**Guía para clientes**” para comprender qué sucede durante el proceso de revisión de reclamo.
- Generalmente, una vez que se presenta un reclamo ante la junta, este no se puede **retirar**.
- Si tiene **preguntas** sobre cómo completar o enviar su formulario de reclamo, puede comunicarse con el Departamento de Reclamos por correo electrónico o llamando al (919) 326-1109 o 1-800 253-9653, **ext. 501**.

NORTH CAROLINA MEDICAL BOARD

Attn: Complaint Department
PO Box 20007
Raleigh, NC 27619

Números telefónicos del Departamento de Reclamos
(919) 326-1109 o 1-800 253-9653, **Ext. 501**



Correo electrónico: complaints@ncmedboard.org

Formulario de reclamo (en línea)

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA EL RECLAMO

Su nombre COMPLETO:

(Sr. Srta. Sra.)

Dirección postal:

Teléfono durante el día:

Su dirección de
CORREO ELECTRÓNICO:

Nombre **COMPLETO**

del paciente:

(en caso de ser diferente
al demandante)

FECHA DE NACIMIENTO

del paciente:

Su relación con el paciente:

Información sobre el MÉDICO O EL AUXILIAR MÉDICO que está denunciando – solo un nombre por formulario

(Se devolverá todo reclamo presentado en nombre de un hospital o consultorio)

Nombre **COMPLETO** del médico
o auxiliar médico:

Domicilio del médico
o auxiliar médico:

N.º de teléfono del médico
o el auxiliar médico:

5. ¿Cómo se **enteró** acerca de la Junta Médica de Carolina del Norte?
(Marque con un círculo una opción o enumere en "Otro")

Amigo/familiar Médico/auxiliar médico Abogado Farmacéutico Otro
profesional de cuidado de la salud Internet Otro _____

NORTH CAROLINA MEDICAL BOARD

PO Box 20007
Raleigh, NC 27619



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Escriba en letra de molde el nombre **COMPLETO**
del **paciente**

Fecha de nacimiento
del **paciente**

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL **MÉDICO, AUXILIAR MÉDICO, CONSULTORIO u HOSPITAL** QUE DEBE DIVULGAR LA INFORMACIÓN A LA JUNTA:

NOMBRE DE LA AGENCIA A LA QUE SE DEBE DAR LA INFORMACIÓN:

North Carolina Medical Board
ATTN: Complaint Department
PO Box 20007
Raleigh, NC 27619

Mediante el presente documento, solicito y autorizo al médico, auxiliar médico, hospital o consultorio mencionado anteriormente a dar una copia de los registros médicos del paciente a los fines de revisar mi reclamo. Esta información debe incluir al menos lo siguiente: historias clínicas de los pacientes, resúmenes de altas, notas operativas, notas de consultorio, resultados de exámenes y análisis y todo informe o información preparada por otras personas que pudieran estar en su poder.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. Comprendo que la agencia que recibe la información no es un plan de salud ni proveedor de cuidados de la salud y que la información divulgada ya no estará protegida por normas federales de privacidad. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la organización que la *provee*, excepto en la medida en que esa acción ya haya sido llevado a cabo para cumplir con esta. Este consentimiento vencerá automáticamente en el plazo de un año desde la fecha de la firma.

Firma del paciente o la persona legalmente responsable

Fecha de hoy

Si usted no es el paciente, indique cuál es su relación con el paciente.