

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.
- 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:

DECLARACIÓN DE SU RECLAMO

Generalmente, la junta no se comunicará con usted, a menos que necesite aclaraciones o información adicional, por lo que le rogamos que brinde un **relato conciso de su principal preocupación** relacionada con el médico o el asistente médico que figura en su formulario de reclamo. *Si no tiene suficiente espacio, puede adjuntar otro documento **escrito a máquina**.* Le rogamos que también responda a las **preguntas** al final de esta página.

1. **¿Cuándo** sucedió este evento? Indique las fechas específicas del servicio.

2. **¿Dónde** sucedió este evento? Incluya el nombre completo del consultorio o el hospital.

3. ¿Se comunicó con el **médico o el auxiliar médico** en cuanto a sus preocupaciones? Si lo hizo, ¿cuál fue la respuesta?

4. ¿Cuál sería para usted una **resolución justa** para su reclamo? (La junta no puede ayudar con compensación).

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 sa