



Formulario de quejas

Revisado 9/2017

Este formulario puede usarse para presentar una queja con la Junta Médica de Oregón sobre los servicios provistos por los profesionales médicos siguientes: doctores en medicina, doctores en medicina osteopática, podiatras, médicos asistentes y acupunturistas. Por favor, considere que la Junta Médica de Oregón no tiene una jurisdicción sobre enfermeros, profesionales enfermeros, asistentes médicos, personal de consultorios médicos, hospitales o clínicas.

Una queja también puede presentarse sin usar este formulario enviando una carta escrita a la Junta que resuma su queja.

Si usted elige usar este formulario de quejas, por favor complete la información siguiente. Por favor, adjunte cualquier copia de documentos, incluyendo registros médicos si están disponibles, que sean pertinentes para su queja. Explique con detalle todos los hechos que usted cree justifican su queja. Use un papel adicional si es necesario.

1) Nombre del demandante (su nombre):

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____
Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____ Fax: _____
Dirección de correo electrónico: _____

2) Nombre del paciente (si no es el demandante anterior):

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

3) Queja contra:

Doctor en Medicina	Doctor en medicina osteopática	Podiatra	Médico Asistente	Acupunturista
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre del proveedor:

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de licencia (si se conoce): _____ Teléfono: _____



Formulario de quejas

Revisado 9/2017

4) Explique la información sobre su queja:

A. ¿En qué fechas el proveedor en cuestión proporcionó los servicios para usted o el paciente?

B. ¿Contactó usted al proveedor directamente sobre su queja? Sí No
Si lo contactó, ¿qué acción se tomó (si hubo alguna)?

C. ¿Algún otro proveedor le trató a usted o el paciente después del presunto incidente?
Sí No

Si responde que sí, por favor indique los nombres y direcciones de otros proveedores:

D. ¿Ha sido usted o el paciente tratado en cualquier hospital o centro de cuidados urgentes en relación con esta queja? Sí No

Si responde que sí, por favor identifique el nombre y dirección del centro, así como también la fecha del tratamiento.

E. ¿Ha presentado usted la queja en algún otro lugar? Sí No
Si la presentó, ¿dónde?

¿Qué acción se tomó o está tomándose?



Formulario de quejas

Revisado 9/2017

5) Por favor, describa su queja en detalle abajo (use un papel adicional si es necesario):

Yo certifico que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del demandante _____ Fecha _____

Para presentar esta queja con la Junta, por favor imprima este documento y envíelo por correo postal a la Junta a la dirección siguiente:

**Oregon Medical Board
1500 SW 1st Ave, Suite 620
Portland, OR 97201**