



New Jersey Office of the Attorney General

Division of Consumer Affairs
State Board of Medical Examiners
140 East Front Street, 2nd Floor, P.O. Box 183
Trenton, New Jersey 08625
(609) 826-7100

Proceso de la Queja

Por favor, le aseguramos que las alegaciones en su queja serán revisadas por completo. Porque la naturaleza de las quejas es muy complicada y la Junta Estatal Examinadora de Médicos (State Board of Medical Examiners) recibe una gran cantidad de quejas, no le podemos dar una fecha exacta de cuando el reviso de su queja será completado. Para evaluar una queja apropiadamente, la Junta necesitará obtener una respuesta del médico. Por lo tanto una investigación será necesaria. Nosotros puede ser que también necesitemos información adicional de usted. Su cooperación, paciencia y comprensión son apreciados.

Si usted no recibe una respuesta de la Junta concerniendo su queja después de 90 días, puede ponerse en contacto con la oficina de la Junta Estatal Examinadora de Médicos, llamando a Christina Smith. Su número de teléfono es: (609) 826-7134 ó por correo electrónico: christina.smith@lps.state.nj.us.

Por favor, reconozca que la Junta solamente tiene jurisdicción para tomar acción en contra del licenciado si éste ha quebrantado el Acta de Práctica Médica. Con frecuencia los pacientes están descontentos con el cuidado que han recibido, pero si la conducta del médico no ha quebrantado ninguna ley o regularización no tendremos ninguna base para imponer acciones disciplinarias al médico. Usted también tiene que tener en cuenta que si la Junta determina que el médico no se ha pasado del límite que la ley pone para ser disciplinado, un paciente que ha sido dañado puede todavía proseguir con una acción de derecho privada, si una demanda se hace dentro del tiempo permitido por la ley. Si usted cree que una acción de derecho privada es necesaria, puede consultar con un abogado para asegurarse que sus derechos están protegidos.

Aunque no podamos decirle cuando la Junta puede completar la investigación, le avisaremos por escrito cuando una determinación final se haya hecho. Gracias por presentar su queja con la Junta. Esperamos atender a su queja lo más pronto posible.



New Jersey Office of the Attorney General

Division of Consumer Affairs
State Board of Medical Examiners
140 East Front Street, 2nd Floor, P.O. Box 183
Trenton, New Jersey 08625
(609) 826-7100

Formulario de Quejas / Examinador de Médicos

Por favor imprima claramente.

Tenga en cuenta, por favor, que este formulario de queja junto con cualesquiera documentos que usted haya adjuntado a éste, serán tratados de una manera confidencial durante el tiempo que la Junta investigará los alegatos que usted ha hecho. Los documentos serán considerados confidenciales si la Junta concluye que no hay causa de acción en contra del médico acerca del cual usted ha puesto una queja. Si el Procurador General (Attorney General) determina que una acción de implementación se debe iniciar, los documentos que usted ha remitido se pueden usar como evidencia, y lo podremos llamar para que testifique.

Si una acción disciplinaria se toma en contra del médico acerca del cual usted ha puesto una queja, basada en parte o en total en sus documentos, entonces su queja se considerará como “documento del gobierno” y se puede revelar en respuesta a alguien que lo recueste de acuerdo con la ley de Acta de Documentos Abiertos al Público (Open Public Records Act or OPRA). Sin embargo, expedientes relacionados con la historia individual médica, psiquiátrica o psicológica, diagnosis, tratamiento o evaluación no son “documentos del gobierno” sujetos a escrutinio público de acuerdo con OPRA, y de esa manera, referencias a su nombre y cualquier otra información que pueda identificarlo será removida, si se cree necesario, de cualquier documento reportado que ha sido pedido de acuerdo con OPRA.

Información del Consumidor:

Queja Reportada en contra de:

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DE NEGOCIOS: _____

CIUDAD: _____

DIRECCIÓN: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CIUDAD: _____

TELÉFONO DE CASA: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

PRIVADO PÚBLICO (incluya prefijo)

TELÉFONO DE CASA: _____

TELÉFONO DE TRABAJO: _____

(incluya prefijo)

(incluya prefijo)

NÚMERO DE FAX: _____

TÍTULO: _____

(incluya prefijo)

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NÚMERO DE LICENCIA (SI LO SABE): _____

FECHA: _____

FECHA DE TRATAMIENTO/SERVICIO:

DE: _____ A: _____

1. ¿Cuál es la relación entre el consumidor y la persona que ha puesto la queja?

- Uno mismo
- Padre/Madre
- Amigo/a
- Guardián Legal

- Esposa/o
- Hijo/a
- Hermano/a
- Otro (explique) _____

2. Por favor provea la siguiente información acerca del consumidor o paciente si él o ella es distinto de la persona que presenta la queja.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Mes Día Año

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____
(incluya prefijo) (incluya prefijo)

3. Por favor provea la siguiente información acerca de cualquier otro practicante o licenciado envuelto en el asunto acerca del cual usted ha presentado una queja.

Nombre: _____

Título: _____ Número de Licencia: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____
(incluya prefijo)

Nombre: _____

Título: _____ Número de Licencia: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____
(incluya prefijo)

4. Por favor provea lo siguiente acerca de cualquiera que fue testigo en el asunto en el cual usted ha presentado una queja.

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____
(incluya prefijo) (incluya prefijo)

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____
(incluya prefijo) (incluya prefijo)

5. ¿Cuál es la razón de su queja? *(Por favor marque todo lo que se aplique y provea cualquier comentario adicional en una página separada.)*

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Administrativo | <input type="checkbox"/> Publicidad | <input type="checkbox"/> Honorarios/Prácticas de facturas |
| <input type="checkbox"/> Fraude | <input type="checkbox"/> Incompetencia | <input type="checkbox"/> Fraude de Seguros |
| <input type="checkbox"/> Mala conducta de profesión/ocupación | <input type="checkbox"/> Mala conducta de Sexualidad | <input type="checkbox"/> Abuso de Estupefacientes/Incapacitado |
| <input type="checkbox"/> Práctica sin licencia | <input type="checkbox"/> Por favor explique brevemente el problema si no está en la lista de arriba: | |

6. Por favor describa las circunstancias de su queja en el orden que pasaron. Imprima claramente. Usted puede usar páginas adicionales si las necesita.

7. Por favor describa cualquier acción que hizo para resolver el problema antes de contactar la Junta. Recuerde: imprima claramente. Puede usar papel adicional si lo necesita.

Todas las quejas tienen que estar acompañadas de copias que se puedan leer (NO ORIGINALES) que estén relacionadas con su queja como contratos, facturas, recibos, cheques cobrados, correspondencia u otros documentos que usted crea que estén relacionados con su queja.

8. Yo certifico que las declaraciones hechas por mí en esta queja son verdaderas y todos los documentos adjuntos son copias auténticas. Yo sé que si algunas de estas declaraciones hechas por mí, con todo conocimiento, son falsas, estoy sujeto a castigo.

Firma*

Fecha

Envíelo a:

Division of Consumer Affairs
State Board of Medical Examiners
P.O. Box 183
Trenton, NJ 08625

* Este certificado tiene que estar firmado por la persona que ha completado este formulario.