

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA QUEJA CONTRA UN MÉDICO OSTEÓPATA

La función de la Junta Médica Osteopática de California (la Junta) es proteger a los consumidores y promover los más altos estándares profesionales en la práctica de la medicina osteopática. La Junta otorga las licencias necesarias para practicar la profesión a los médicos y cirujanos osteópatas.

La Junta investiga las quejas de los consumidores y usa su autoridad de aplicación de las normas para garantizar que los profesionales cumplan con las disposiciones del Código Comercial y Profesional del estado/la Ley de Práctica Médica.

Código Comercial y Profesional de California - Sección 2450-2459.7, artículo 21. Disposiciones aplicables a los médicos y cirujanos osteópatas.

Instrucciones para presentar su queja

Con excepción del nombre del médico osteópata contra el que presenta su queja, toda la información que proporcione es voluntaria. Sin embargo, no brindar esta información puede demorar o prevenir la investigación de su queja. Le pedimos que suministre la mayor cantidad de información posible en relación con la queja. La información en este formulario se usará en parte para determinar si se ha violado alguna ley estatal. De comprobarse una violación, es posible que se transmita la información a otras agencias gubernamentales, como la Oficina del Procurador General. Al completar el formulario de queja, le pedimos que haga todo lo siguiente:

1. Ingrese toda la información en letra de imprenta legible o a máquina.
2. Ingrese el nombre completo, la dirección, el número de teléfono y el número de licencia (si lo conoce) de la persona contra la que presenta la queja. Esta información, también se debe incluir en la sección correspondiente de la Autorización de Divulgación de la Información de Salud del Paciente.
3. Redacte la queja en formato narrativo e incluya detalles como fechas, nombres, títulos, preocupaciones específicas sobre el tratamiento suministrado y el nombre o nombres y la información de contacto de cualquier testigo.
4. Adjunte una copia de los documentos de respaldo que pueda tener en su poder en relación con su queja específica. Los documentos de respaldo pueden incluir historias clínicas de pacientes, fotografías, grabaciones de audio o video, correspondencia (p. ej., cartas, correos electrónicos, textos), estados de facturación, comprobantes de pagos, informes policiales, documentos judiciales e investigaciones administrativas internas del ámbito laboral, etc.
5. Complete la "Autorización de Divulgación de la Información de Salud del Paciente para el Sujeto (Médico) Objeto de la Queja". Este formulario es necesario para obtener información del médico contra quien ha presentado la queja.
6. Si recibió tratamiento de otro prestador o centro de salud relacionado con su queja, le pedimos que complete todas las secciones de uno de los siguientes formularios de autorización de divulgación de información médica:

“Autorización de Divulgación de la Información de Salud del Paciente para otro prestador/centro de salud” (En este formulario, enumere todos los otros prestadores o centros de salud que le brindaron atención médica y tienen relación con su queja. Puede añadir hasta tres (3) por formulario).

-O-

“Autorización de Divulgación de la Información de Salud del Paciente para un centro de salud de Kaiser” (Si recibió la atención o el tratamiento relacionados con su queja en un centro de salud de Kaiser, complete este formulario y marque si se trata de un centro del “norte” o del “sur”).

7. Firme y añada la fecha al formulario de queja.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Debe completar un formulario de queja separado para cada médico osteópata o prestador sin licencia contra el cual desea presentar una queja.
- La Junta no tiene jurisdicción sobre controversias en materia de facturación o tarifas, prácticas comerciales generales (contratos, políticas del consultorio, horas/duración de las citas, etc.) o conflictos personales, a menos que la conducta en cuestión interfiera con la prestación segura de cuidados a los pacientes. La Junta no puede otorgar ningún tipo de compensación financiera, suministrar asesoramiento legal o asistencia con juicios.
- Tenga en cuenta que la Junta no puede ayudar con la coordinación de los cuidados a los pacientes. De requerir asistencia, comuníquese con su compañía de seguro o prestadores de servicios médicos.

Autorización de Divulgación de la Información de Salud

El formulario de Autorización de Divulgación de la Información de Salud del Paciente autoriza a la Junta a obtener la información médica y la historia clínica del paciente en relación con la atención que el titular de la licencia o los centros de salud involucrados prestaron al paciente.

Ingrese en letra de imprenta o a máquina el nombre, la fecha de nacimiento, la fecha de fallecimiento (si el paciente ha fallecido) y el número de historia clínica del paciente (si se conoce). Incluya el nombre del médico/prestador, el nombre y la dirección del centro de salud y el número de teléfono como figuran en su queja.

El formulario de Autorización de Divulgación de la Información de Salud del Paciente debe estar firmado y fechado por el paciente o la persona legalmente autorizada a tomar decisiones médicas por el paciente. Si el paciente no puede firmar, las siguientes personas están autorizadas a firmar el formulario:

1. el declarante, según se especifica en el certificado de defunción (proporcione una copia del certificado de defunción);
2. el padre o la madre de un menor de edad;
3. la persona nombrada por el paciente en un Poder firmado que le otorga facultades para tomar decisiones médicas en nombre del paciente (presente una copia del poder duradero o un documento donde se nombre a la persona como albacea testamentario).

No agregue comentarios adicionales ni anotaciones en el formulario de Autorización de Divulgación de la Información de Salud del Paciente, ya que ANULARÁN el formulario y deberá completar uno nuevo.



QUEJA REGISTRADA CONTRA

INFORMACIÓN DEL SUJETO (Médico)

Apellido	Nombre	Inicial media	Número de licencia
Nombre del consultorio/centro de salud			Número de teléfono
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Fechas del tratamiento:		Motivo del tratamiento:	

¿Al paciente lo ha revisado o ha recibido tratamiento de otro profesional por esta misma afección? Sí No

En caso afirmativo, complete el formulario llamado "AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE PARA OTRO PRESTADOR/CENTRO DE SALUD", que se adjunta a continuación.

PERSONA QUE REGISTRA LA QUEJA

Apellido	Nombre	Inicial media
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Su relación con el paciente	

Naturaleza de la queja

Marque la casilla que mejor describa la naturaleza de su queja:

- Atención deficiente** (p. ej. tratamiento negligente, demora en el tratamiento, etc.)

- Práctica profesional sin licencia o promoción/complicidad en la práctica sin licencia**

- Conducta sexual indebida/Acoso**

- Conducta no profesional** (p. ej. abuso de confianza, alteración de registros, fraude, publicidad engañosa, arresto o condena)

- Práctica del consultorio** (p. ej. falta de entrega de las historias clínicas al paciente, abandono del paciente)

- Impedimento del prestador** (p. ej. consumo de drogas, alcohol, impedimentos mentales o físicos)

- Otro**

Aviso: Conforme a la sección 129 del Código de Negocios y Profesiones, "...Al recibir una queja respecto de un profesional con una licencia otorgada por una junta, dicha junta notificará a la persona que presentó la queja sobre la acción administrativa inicial adoptada en relación con la misma en el plazo de diez días de su recepción..."

DETALLES DE LA QUEJA (Adjuntar páginas adicionales de ser necesario)

Describa su queja y detalle los hechos en orden cronológico. Además, le pedimos que incluya las fechas del tratamiento y enumere a todos los prestadores que le brindaron tratamiento, que resulten relevantes para su queja. Es importante que sea específico en relación con una supuesta atención deficiente. Brindar un relato integral de su queja facilita un proceso de revisión más expeditivo.

DETALLES DE LA QUEJA (continuación de la página 5)

Firma

Fecha

RECOPIACIÓN, ACCESO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Recopilación y uso de información personal. El Director Ejecutivo de la Junta Médica Osteopática de California mantiene la información que usted brinda en este formulario de queja. Se solicita la información de conformidad con las secciones 325 y 326 del Código de Negocios y Profesiones.

Proporcionar información personal es voluntario. Toda la información solicitada es voluntaria. Sin embargo, no proporcionarla podría demorar o impedir la investigación de su queja.

Posible divulgación de información personal. El formulario de queja completado por usted pasa a ser propiedad de la Junta y será utilizado por el personal autorizado según resulte adecuado. La información sobre su queja puede ser transferida a otros organismos gubernamentales o policiales. Esto puede incluir compartir la información personal que nos ha proporcionado.

Es posible que debamos divulgar esta información en las siguientes circunstancias:

- en respuesta a una solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de California, al amparo de la Ley de Prácticas de Información;
- a otra agencia del gobierno, según los requerimientos de la ley estatal o federal; o
- en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación o una orden de allanamiento.

Información de contacto. Para preguntas sobre este aviso o acceso a sus registros, puede comunicarse con la Junta Médica Osteopática de California, por correo postal a 1300 National Drive, Suite 150, Sacramento, CA 95834-1991, por teléfono al (916) 928-8390 o por correo electrónico a OMBCEnforcement@dca.ca.gov. Tiene derecho a revisar los registros que la Junta mantenga sobre usted a menos que dichos registros estén exentos conforme las disposiciones de la sección 1798.40 del Código Civil.



AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE PARA EL SUJETO (MÉDICO)

MARQUE TODOS LOS TIPOS DE REGISTRO QUE RESULTEN APLICABLES

- | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Historias clínicas | <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Registros psiquiátricos | |

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Número de historia clínica (si se conoce) o número del Seguro Social

Fecha de fallecimiento (si corresponde)

Nombre del paciente:	
-----------------------------	--

Yo, el que suscribe, por el presente autorizo a:

Médico osteópata:		
Nombre del centro médico		
Dirección del centro médico		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha(s) de tratamiento	

a proporcionar registros durante el curso de mi tratamiento, incluidos los registros médicos, psiquiátricos y de abuso de alcohol y de drogas del paciente (ejemplares originales o copias electrónicas/generadas por computadora) a la JUNTA MEDICA OSTEOPÁTICA DE CALIFORNIA, una agencia de supervisión de los servicios de salud. La divulgación de registros que se autoriza en el presente se requiere para uso oficial, incluida la investigación y posibles procedimientos administrativos o penales relativos a una violación de las leyes del Estado de California. Esta autorización será válida por tres años desde la fecha de la firma.

Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización si así lo solicito. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización mediante el envío de una notificación escrita a la Junta Médica Osteopática de California, 1300 National Drive, Suite 150, Sacramento, CA 95834.

Mi revocación escrita tendrá efecto desde el momento de su recepción por parte de la JUNTA MÉDICA OSTEOPÁTICA DE CALIFORNIA, excepto en la medida en que dichas personas hayan actuado en función de esta autorización. Entiendo que el destinatario de mi información no es un plan de salud ni un prestador de atención médica y que es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales en materia de privacidad.

Firma del paciente

-O-

Fecha

Nombre del representante legal

Relación con el paciente

Firma del representante legal

Fecha

Nota: De conformidad con la sección 2660.4 del Código de Negocios y Profesiones, el titular de una licencia que no cumple o se niega a cumplir con la solicitud de la Junta de entregar los registros médicos de un paciente, acompañada por la autorización escrita de dicho paciente para la divulgación de los registros a la Junta, en el plazo de 15 días de recibir la solicitud y la autorización mencionadas, deberá pagar a la Junta una multa civil de mil dólares (\$1,000) por día por cada día de falta de presentación de los registros después del decimoquinto día, a menos que dicho titular de la licencia no pueda presentar los registros en este plazo por una buena causa. Esta divulgación cumple con los requerimientos de la HIPAA y la sección 56.11 del Código Civil.



AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE PARA OTRO PRESTADOR/CENTRO DE SALUD

MARQUE TODOS LOS TIPOS DE REGISTRO QUE RESULTEN APLICABLES

- | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Historias clínicas | <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Registros psiquiátricos | |

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente
Fecha de nacimiento
Número de historia clínica (si se conoce) o número del Seguro Social
Fecha de fallecimiento (si corresponde)

Yo, el que suscribe, por el presente autorizo a:

Otro prestador/Centro de salud (1)			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono	Fecha(s) de tratamiento		
Otro prestador/Centro de salud (2)			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono	Fecha(s) de tratamiento		

Nombre del paciente:		
Otro prestador/Centro de salud (3)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha(s) de tratamiento	

a proporcionar registros durante el curso de mi tratamiento, incluidos los registros médicos, psiquiátricos y de abuso de alcohol y de drogas del paciente (ejemplares originales o copias electrónicas/generadas por computadora) a la JUNTA MEDICA OSTEOPÁTICA DE CALIFORNIA, una agencia de supervisión de los servicios de salud. La divulgación de registros que se autoriza en el presente se requiere para uso oficial, incluida la investigación y posibles procedimientos administrativos o penales relativos a una violación de las leyes del Estado de California. Esta autorización será válida por tres años desde la fecha de la firma.

Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización si así lo solicito. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización mediante el envío de una notificación escrita a la Junta Médica Osteopática de California, 1300 National Drive, Suite 150, Sacramento, CA 95834.

Mi revocación escrita tendrá efecto desde el momento de su recepción por parte de la JUNTA MÉDICA OSTEOPÁTICA DE CALIFORNIA, excepto en la medida en que dichas personas hayan actuado en función de esta autorización. Entiendo que el destinatario de mi información no es un plan de salud ni un prestador de atención médica y que es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales en materia de privacidad.

Firma del paciente
-O-

Fecha

Nombre del representante legal

Relación con el paciente

Firma del representante legal

Fecha

Nota: De conformidad con la sección 2660.4 del Código de Negocios y Profesiones, el titular de una licencia que no cumple o se niega a cumplir con la solicitud de la Junta de entregar los registros médicos de un paciente, acompañada por la autorización escrita de dicho paciente para la divulgación de los registros a la Junta, en el plazo de 15 días de recibir la solicitud y la autorización mencionadas, deberá pagar a la Junta una multa civil de mil dólares (\$1,000) por día por cada día de falta de presentación de los registros después del decimoquinto día, a menos que dicho titular de la licencia no pueda presentar los registros en este plazo por una buena causa. Esta divulgación cumple con los requerimientos de la HIPAA y la sección 56.11 del Código Civil.



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE PARA UN CENTRO DE SALUD DE KAISER

MARQUE TODOS LOS TIPOS DE REGISTRO QUE RESULTEN APLICABLES

- | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Historias clínicas | <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Registros psiquiátricos | |

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Número de historia clínica (si se conoce) o número del Seguro Social

Fecha de fallecimiento (si corresponde)

Nombre del
paciente:

Yo, el que suscribe, por el presente autorizo a:

- Kaiser Permanente (Centros de salud del norte)
- SCPMG/Kaiser Foundation Hospital (Centros de salud del sur)

Fecha(s) de tratamiento

a proporcionar registros durante el curso de mi tratamiento, incluidos los registros médicos, psiquiátricos y de abuso de alcohol y de drogas del paciente (ejemplares originales o copias electrónicas/generadas por computadora) a la JUNTA MEDICA OSTEOPÁTICA DE CALIFORNIA, una agencia de supervisión de los servicios de salud. La divulgación de registros que se autoriza en el presente se requiere para uso oficial, incluida la investigación y posibles procedimientos administrativos o penales relativos a una violación de las leyes del Estado de California. Esta autorización será válida por tres años desde la fecha de la firma.

Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización si así lo solicito. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización mediante el envío de una notificación escrita a la Junta Médica Osteopática de California, 1300 National Drive, Suite 150, Sacramento, CA 95834.

Mi revocación escrita tendrá efecto desde el momento de su recepción por parte de la JUNTA MÉDICA OSTEOPÁTICA DE CALIFORNIA, excepto en la medida en que dichas personas hayan actuado en función de esta autorización. Entiendo que el destinatario de mi información no es un plan de salud ni un prestador de atención médica y que es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales en materia de privacidad.

Firma del paciente

-O-

Fecha

Nombre del representante legal

Relación con el paciente

Firma del representante legal

Fecha

Nota: De conformidad con la sección 2660.4 del Código de Negocios y Profesiones, el titular de una licencia que no cumple o se niega a cumplir con la solicitud de la Junta de entregar los registros médicos de un paciente, acompañada por la autorización escrita de dicho paciente para la divulgación de los registros a la Junta, en el plazo de 15 días de recibir la solicitud y la autorización mencionadas, deberá pagar a la Junta una multa civil de mil dólares (\$1,000) por día por cada día de falta de presentación de los registros después del decimoquinto día, a menos que dicho titular de la licencia no pueda presentar los registros en este plazo por una buena causa. Esta divulgación cumple con los requerimientos de la HIPAA y la sección 56.11 del Código Civil.