



DENTAL BOARD OF CALIFORNIA
2005 Evergreen St., Suite 1550 Sacramento, CA 95815
P (916) 263-2300 F (916) 263-0873 | www.dbc.ca.gov



FORMULARIO DE RECLAMO DEL CONSUMIDOR

RECLAMO REGISTRADO CONTRA

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA O A MÁQUINA

Form fields for registrant information: Nombre, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal, Número de teléfono, Nombre de la oficina.

PERSONA QUE REGISTRA EL RECLAMO

Form fields for registrant and patient information: Sr./Sra./Srta., Nombre, Relación al paciente, Dirección, Teléfono de casa/trabajo, Nombre del paciente, Sexo, Autoridad legal, and patient examination status.

RESULTADO DESEADO DE ESTE QUEJA:

DETALLES DEL RECLAMO:

Fecha(s) de visita(s):

Exponga detalladamente su queja:

AVISO: Se debe proporcionar la mayor cantidad de información posible, además de cualquier documento relacionado con su queja específica. El no proporcionar suficiente información o documentación puede prevenir o retrasar la revisión de su queja. La información se usará para determinar si se ha producido una violación de la ley. Si se justifica una violación, la información puede ser transmitida a otras agencias gubernamentales, incluyendo la oficina del Procurador General. El Consejo dental de California no tiene jurisdicción sobre conflictos de honorarios o procedimientos de negocios de oficina.

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Firma: _____

Fecha: _____



INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA DEL RECLAMO

POR FAVOR PROPORCIONE EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN, EL NÚMERO DE TELÉFONO Y LA FECHA DE LA VISITA DE CUALQUIER OTRO DENTISTA O MÉDICO QUE USTED HAYA VISTO DESDE QUE FUE TRATADO POR EL SUJETO DE SU QUEJA.

1. NOMBRE/OFICINA:
DIRECCIÓN:
NÚMERO DE TELÉFONO:
FECHA(S) DE VISITA(S):
2. NOMBRE/OFICINA:
DIRECCIÓN:
NÚMERO DE TELÉFONO:
FECHA(S) DE VISITA(S):
3. NOMBRE/OFICINA:
DIRECCIÓN:
NÚMERO DE TELÉFONO:
FECHA(S) DE VISITA(S):
4. NOMBRE/OFICINA:
DIRECCIÓN:
NÚMERO DE TELÉFONO:
FECHA(S) DE VISITA(S):



DENTAL BOARD OF CALIFORNIA
2005 Evergreen St., Suite 1550 Sacramento, CA 95815
P (916) 263-2300 F (916) 263-0873 | www.dbc.ca.gov



Autorización para la entrega de expedientes dentales/médicos del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Yo, el firmante, autorizo a cualquier médico, dentista, hospital, clínica u otra facilidad dental relacionada con registros (originales y/o electrónicos) disponibles en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier condición dental o médica y/o tratamiento de mí (o del paciente) para divulgar al Consejo Dental de California o a cualquier representante del Consejo Dental, agencias gubernamentales locales, estatales y federales relacionadas, incluyendo pero no limitadas a investigadores y personal legal.

Entiendo que esta información será mantenida en confianza, y será usada únicamente en conjunción con cualquier investigación y posible procedimiento legal con respecto a cualquier violación de las leyes y reglamentos de California. Además, acepto permitir que el Consejo Dental, los representantes del Consejo Dental y las agencias gubernamentales relacionadas, procese y posiblemente presentar otros cargos basados en mi queja.

También entiendo que el sujeto de mi queja (el dentista o auxiliar dental de que me estoy quejando) puede recibir una copia de mi queja y registros de acuerdo con la ley de procedimientos administrativos y de prácticas de información.

Estoy de acuerdo en que una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que la Consejo Dental de California u otra agencia gubernamental autorizada complete su revisión y los procedimientos que surjan de la investigación.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización si yo la solicito.

Firma de paciente o guardián: _____ Fecha: _____

Adjunte la prueba escrita de la autorización para actuar en nombre del paciente. Esta versión cumple con los requisitos del Código Civil § 56.11.