

DENTAL BOARD OF CALIFORNIA





FORMULARIO DE QUEJAS DEL CONSUMIDOR

NOTA: La Junta de Odontología de California (Junta) no tiene jurisdicción para investigar o hacer cumplir procedimientos generales (administrativos) de consultorios dentales, disputas sobre honorarios y facturación, disputas sobre cobertura de seguros, reembolsos o compensaciones financieras, o comportamiento grosero de dentistas y personal dental. La Junta puede transmitir cualquier queja válida a la agencia local, estatal o federal cuya autoridad proporcione los medios más eficaces para garantizar el alivio del consumidor. Para obtener más información sobre quejas y jurisdicción, visite la página web de Consumidores en https://www.dbc.ca.gov/consumers/index.html.

SUJETO DE LA QUEJA						
Apellido	Nor	Nombre		Inicial media	N.º de li (si se co	
Nombre del consultorio d	dental					
Dirección						
Ciudad	Estado	Estado		Código postal		
N.° de teléfono	I	Dirección de correo		lectrónico:		
PERSONA QUE PRESEN	ITA LA QUEJA: Indi	que sus datos de c	ontacto.			
Apellido		Nombre				Inicial media
Dirección						
Ciudad	Estado	Estado		Código postal		
N.° de teléfono	D	irección de correo e	electrónico:			
INFORMACIÓN DEL PA	CIENTE					
Apellido	Nom	bre		Inicial media	Fecha de nacimiento	
Su relación con el pacier	nte					
¿El paciente ha sido tratado por otro dentista por el mismo problema dental? Si respondió que sí, facilite información complementaria sobre la queja en la página 3.					□ SÍ □ NO	
¿El paciente es menor de edad?					□ SÍ □ NO	
Si respondió que no, ¿tiene autoridad legal para actuar en nombre del paciente?					□ SÍ □ NO	
Si respondió que	a sí adjunta docum	entación que demi	lestre que tien	a sutorid	ad legal	

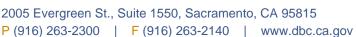
Junta Dental de Odontologia de California Formulario de quejas del consumidor

DETALLES DE LA QUEJA - Exponga su queja detalladamente. Sea lo más específico posible. Explique qué sucedió en el orden en que sucedió. Incluya las fechas del tratamiento y enumere a todos los prestadores que le brindaron tratamiento, que resulten relevantes para su queja. Deberá adjuntar a este formulario todos los documentos justificativos de su queja. Los documentos pueden incluir fotografías, facturas y correspondencia. Si es necesario, adjunte páginas adicionales.

Fecha del incidente:



DENTAL BOARD OF CALIFORNIA





INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LA QUEJA

Indique el nombre, la dirección, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico de cualquier otro dentista al que haya acudido desde que fue atendido por el sujeto de su queja. Indique también la fecha de la(s) visita(s) al o a los otros dentistas.

Dentista 1
Nombre
Dirección
Dirección de correo electrónico
N.° de teléfono
Fecha de la(s) visita(s)
Dentista 2
Nombre
Dirección
Dirección de correo electrónico
N.° de teléfono
Fecha de la(s) visita(s)
Dentista 3
Nombre
Dirección
Dirección de correo electrónico
N.° de teléfono
Fecha de la(s) visita(s)
Adjunte las páginas adicionales que considere necesarias.



DENTAL BOARD OF CALIFORNIA

2005 Evergreen St., Suite 1550, Sacramento, CA 95815
P (916) 263-2300 | F (916) 263-2140 | www.dbc.ca.gov



Autorización para la divulgación de historiales dentales/médicos de pacientes

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento				
Marque todos los tipos de registro que resulten aplicables:					
☐ Registros dentales	VIH/SIDA				
☐ Historias clínicas	☐ Registros psiquiátricos				
☐ Imágenes de diagnóstico	☐ Abuso de drogas/alcohol				
Fecha de fallecimiento (si corresponde)	N.º de historia clínica (si se conoce) N.º de control (si es aplicable)				

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a cualquier médico, dentista, practicante médico, hospital, clínica u otra instalación dental o relacionada con la odontología que tenga registros (originales y/o electrónicos) disponibles en cuanto a diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier condición dental o médica y/o tratamiento de mí (o del paciente) a divulgar esos registros a la Junta de Odontología de California (Junta) o cualquier representante de la Junta, agencias gubernamentales locales, estatales y federales relacionadas, incluyendo pero no limitado a, investigadores y personal legal.

La presente autorización tendrá i	una validez de un ano a partir de la fecha de su firma, salvo
que se especifique una fecha de	expiración diferente. La Junta prefiere que la autorización
tenga una validez de tres años: _	(insertar fecha).

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización enviando una notificación por escrito a la Junta a la dirección arriba indicada. Mi revocación escrita tendrá efecto desde el momento de su recepción por parte de la Junta, excepto en la medida en que dichas personas hayan actuado en función de esta Autorización.

Entiendo que esta información se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente en relación con cualquier investigación y posible procedimiento legal relativo a cualquier infracción de las leyes y reglamentos de California.

También entiendo que el sujeto de mi queja (el dentista o auxiliar dental contra el que me quejo) puede recibir un resumen de mi queja y los registros conforme a la Ley de Procedimientos Administrativos (Código del Gob., § 11370 y siguientes) y la Ley de Prácticas de Información (Código Civil, § 1798 y siguientes), y Código de Negocios y Profesiones, sección 800, subdivisión (c).

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.

Junta Dental de Odontologia de California Formulario de quejas del consumidor

Nombre del paciente/representante legal	
Firma	Fecha

Adjuntar prueba escrita de la autorización para actuar en nombre del paciente.

NOTA: El titular de una licencia o un centro de atención médica que no cumpla o se niegue a cumplir con una solicitud de registros dentales de un paciente que esté acompañada de la autorización por escrito de ese paciente, dentro de los 15 días de recibir la solicitud, deberá pagar una multa civil a la Junta en conformidad con la sección 1684.1, subdivisión (a) del Código de Negocios y Profesiones. Esta autorización para la divulgación de información médica cumple con los requisitos de la sección 56.11 del Código Civil.

AVISO SOBRE LA RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL

Recopilación y uso de información personal

El Departamento de Asuntos del Consumidor (DCA) y la Junta de Odontología de California (Junta) recopilan la información solicitada en este formulario según lo autorizado por las secciones 325 y 326 del Código de Negocios y Profesiones, la sección 56.11 del Código Civil y la Ley de Prácticas de Información (sección 1798 y siguientes del Código Civil). La Junta utiliza esta información para hacer seguimiento de sus quejas de acuerdo con la **Política de Privacidad** del DCA.

Proporcionar información personal es voluntario

No tiene la obligación de proporcionar la información personal solicitada. Si no desea proporcionar información personal, como su nombre, domicilio o número de teléfono particular, puede permanecer anónimo. Sin embargo, en ese caso, ello puede implicar que la Junta no pueda ponerse en contacto con usted o ayudarlo a resolver su queja.

Acceso a su información

Puede revisar los registros de la Junta que contienen su información personal, de conformidad con las disposiciones de la Ley de Prácticas de Información. Consulte la información de contacto a continuación.

Posible divulgación de información personal

La Junta hace todo lo posible por proteger la información personal que usted proporciona. Sin embargo, para hacer un seguimiento de su queja, es posible que la Junta tenga que compartir la información que usted proporcionó con el titular de la licencia sobre el que se quejó o con otras agencias gubernamentales. Esto puede incluir compartir la información personal que nos haya proporcionado.

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

- En respuesta a una solicitud de la Ley de Registros Públicos de California (sección 7920.000 y siguientes del Código de Gobierno), según lo permitido por la Ley de Prácticas de Información.
- Cuando sea necesario divulgar información a otra agencia gubernamental según lo requiera la ley estatal o federal.
- En respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación o una orden de allanamiento.

Información de contacto

Si tiene preguntas sobre este aviso o para acceder a sus registros, póngase en contacto con la Unidad de Quejas y Cumplimiento por correo electrónico en DentalBoardComplaints@dca.ca.gov, por teléfono llamando al (916) 263-2300, o por correo a Attention: Complaint and Compliance Unit, Dental Board of California, 2005 Evergreen Street, Suite 1550, Sacramento CA 95815. Si tiene alguna pregunta sobre la política de privacidad del DCA, póngase en contacto con el Departamento de Consumo en 1625 North Market Boulevard, Sacramento, CA 95834, por teléfono al (800) 952-5210, o por correo electrónico a dca@dca.ca.gov.