

FORMA DE RECLAMOS 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 inadecuado de dentistas y personal dental. La Junta puede transmitir las quejas de los consumidores y los documentos de respaldo a otra agencia local, estatal o federal con jurisdicción potencial sobre la conducta alegada en la queja. Para obtener más información sobre quejas y jurisdicciones, visite la página web de Consumidores en <https://www.dbc.ca.gov/consumers/index.html>.

MOTIVO DE LA QUEJA

Apellido	Nombre	Inicial de segundo nombre	N.º de licencia de la Junta (si se conoce)
Nombre del consultorio dental			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
N.º de teléfono		Dirección de correo electrónico	

PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA: Indique sus datos de contacto.

Apellido	Nombre	Inicial media
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono		Dirección de correo electrónico:
Su relación con el paciente		

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Nombre	Inicial media	Fecha de nacimiento
¿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 sí, adjunte documentación que demuestre que tiene autoridad legal.			

Junta de Odontología 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**

2005 Evergreen St., Suite 1550, Sacramento, CA 95815

P (916) 263-2300 | F (916) 263-2140 | www.dbc.ca.gov**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE RECLAMOS**

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 objeto 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.º de teléfono
Fecha de la(s) visita(s)

Dentista 2

Nombre
Dirección
Dirección de correo electrónico
N.º de teléfono
Fecha de la(s) visita(s)

Dentista 3

Nombre
Dirección
Dirección de correo electrónico
N.º de teléfono
Fecha de la(s) visita(s)

Adjunte las páginas adicionales que considere necesarias.

**Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida a
la Junta de Odontología de California**

(45 CFR §§ 164.508(c)(1)(ii), (iii), 164.512(d)(1); Cód. Com. y Prof., § 1684.1; Cód.
Civ, §§ 56.10(b)(2), 56.104(d), 56.11)

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	
Marque todos los tipos de registro que resulten aplicables: ☐ Registros dentales/imágenes de diagnóstico ☐ Resultados de las pruebas de VIH/SIDA ☐ Historias clínicas ☐ Registros de tratamientos de salud mental ☐ Imágenes de diagnóstico ☐ Registros de trastornos por consumo de sustancias		
Las solicitudes de notas de psicoterapia requieren un formulario ENF-10C separado y no pueden combinarse con ninguna otra solicitud de registros de salud. ☐ Notas de psicoterapia		
Fecha de fallecimiento (si corresponde)	N.º de historia clínica (si se conoce)	N.º de control (si corresponde)

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), a una agencia de supervisión de servicios de salud, a los representantes de la Junta y a las agencias gubernamentales locales, estatales y federales relacionadas, incluyendo, entre otros, investigadores y personal legal, con el propósito de investigar y hacer cumplir las infracciones de la ley federal y estatal.

Salvo que el paciente o su representante legal la revoquen, esta autorización para la divulgación de información de salud protegida a la Junta tendrá una validez de tres años desde la fecha en que se firme este formulario.

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 federales o estatales.

También entiendo que el objeto de mi queja (el dentista o auxiliar dental) puede recibir un resumen de mi queja y los registros de conformidad con la Ley de Procedimientos Administrativos (Código del Gob., § 11370 y siguientes) y la Ley de Prácticas de Información de 1977 (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.

Nombre del paciente/o representante legal	
Firma	Fecha

Si firma este formulario como representante legal del paciente, debe adjuntar prueba escrita de la autorización para actuar en nombre del paciente.

Un titular de licencia que no cumple o se niega a cumplir, en el plazo de 15 días de recibir la solicitud para la divulgación de registros dentales de un paciente acompañada de la autorización escrita de ese paciente para la divulgación de los registros a la Junta, deberá pagar a la Junta una multa civil de \$250 por día por cada día que de falta de producción de los documentos después del decimoquinto día hasta un máximo de \$5,000, a menos que dicho titular no pueda presentar los documentos en este plazo por una buena causa (Código Com. y Prof., § 1684.1, subd. (a)(1)).

En caso de que un centro de atención médica no cumpla, en el plazo de 30 días de recibir la solicitud para la divulgación de registros dentales de un paciente acompañada de la autorización escrita de ese paciente para la divulgación de los registros a la Junta, deberá estar sujeta a pagar a la Junta una multa civil de hasta \$250 por día por cada día que de falta de producción de los documentos después del trigésimo día hasta un máximo de \$5,000, a menos que dicho centro no pueda presentar los documentos en este plazo por una buena causa. (Código Com. y Prof., § 1684.1, subd. (a)(2)).

Esta autorización para la divulgación de información de salud protegida cumple con los requisitos de la sección 56.11 del Código Civil.

AVISO SOBRE LA RECOPIACIÓN 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 (IPA) de 1977 (sección 1798 y siguientes del Código Civil). La Junta utiliza esta información para investigar las alegaciones que se hacen en 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

Tiene el derecho a revisar su información personal conservada por la Junta, a menos que los registros estén exentos de divulgación según la IPA, incluida la sección 1798.42 del Código Civil. 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 investigar 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 (Código de Gob., § 7920.000 y siguientes), según lo permitido por la IPA.
- Cuando sea necesario divulgar información a otra agencia gubernamental según lo requiera la ley estatal o federal o la sección 1798.24 del Código Civil.
- 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.