

CONSEJO DE PRÁCTICA MÉDICA DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD DE VERMONT
108 Cherry Street, PO Box 70
Burlington, VT 05402-0070
(802) 657-4220

FORMULARIO DE QUEJAS

Escriba su

Información en letra de imprenta:

Apellido _____ Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono comercial/diurno _____ Teléfono celular/residencial _____

Correo electrónico _____

Esta es una queja contra un:

Médico (MD) _____

Asistente médico (PA) _____

Podólogo (DPM) _____

Nombre completo del médico, asistente médico o podólogo:

Nombre del centro de atención médica (si se conoce) _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono comercial del médico, asistente médico o podiatra _____

NATURALEZA DE LA QUEJA: Sírvase describir detalladamente la naturaleza de su queja contra este profesional. Use el espacio en el reverso y hojas adicionales, si es necesario.

Dé vuelta la hoja y complete del otro lado.

Continúe con su queja aquí. _____

Adjunte copias de cualquier material que crea que nos ayudará a revisar su queja, como registros médicos, de farmacia o de seguros.

Debemos poder revisar los expedientes médicos relacionados con esta queja. El paciente o su representante legal debe firmar el formulario de autorización (adjunto). Le enviaremos una carta de confirmación cuando recibamos su Autorización para la divulgación de expedientes médicos y su Formulario de queja firmados.

Es probable que le enviemos una copia de su Formulario de queja, la información adjunta y el formulario de autorización al profesional que es objeto de esta queja. Si esta investigación tiene como resultado una medida disciplinaria formal contra el profesional, el nombre y otra información sobre la persona que presenta la queja pueden hacerse públicos. Llámenos si tiene alguna pregunta o inquietud.

Su firma

Fecha de hoy

Envíe este formulario por correo a: **VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH**
BOARD OF MEDICAL PRACTICE
108 Cherry Street, PO Box 70
Burlington, VT 05402-0070