

Por favor complete y devuelva a:

State of Connecticut Department of Public Health
Practitioner Investigations Unit
410 Capitol Avenue, MS#12HSR
Apartado Postal 340308
Hartford, CT 06134-0308
o DPH.PLISComplaints@ct.gov
o Fax (860) 707-1916

Peticionario/Demandante		
Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Domicilio:		
Números de teléfono: Fijo _____ Móvil _____ Correo electrónico _____		
Relación con el paciente denunciado: sí mismo <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/>		
Otro* (explicar)		
*Si es tutor legal, proporcione los documentos judiciales.		

Información del paciente <i>(complete esta sección si el Paciente no es el mismo que el Peticionario)</i>	
Nombre:	
Domicilio:	
Números de teléfono:	Fecha de nacimiento:

Demandado/Proveedor de atención médica <i>(sujeto de la reclamación)</i>
Nombre:
Dirección del consultorio:
Profesión/especialidad <i>(por ejemplo, médico/cardiólogo, dentista/general)</i>
Número de teléfono:

INDIQUE LA NATURALEZA DE SU RECLAMACIÓN

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Calidad de atención | <input type="checkbox"/> Ejercicio sin licencia | <input type="checkbox"/> Condiciones insalubres |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> No divulgación de los registros de los paciente | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Contacto sexual con el pacie | <input type="checkbox"/> Fraude de seguro | |

¿HA PRESENTADO UNA QUEJA A ALGUNA OTRA ENTIDAD?

Sí No

En caso afirmativo, ¿qué entidad? _____

Describa sus inquietudes a continuación. Incluya tantos detalles específicos como sea posible (quién, qué, cuándo, dónde, por qué).

Adjunte páginas adicionales según sea necesario.

Nombres de los profesionales tratantes anteriores y/o posteriores:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Testigos:

Nombre completo: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Correo electrónico: _____

Nombre completo: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Correo electrónico: _____

Adjunte copias de cualquier documento de complementario, como fotografías, registros, correspondencia, etc. Complete el Consentimiento para la divulgación de registros médicos adjunto. Firme y escriba la fecha a continuación. Para las reclamaciones contra médicos y asistentes médicos, el formulario debe firmarse ante notario.

_____ Con fecha el _____ de _____ de 20
Firma del peticionario

Firmado y jurado ante mí el _____ de _____ de 20 .

**Notario público
Comisionado del Tribunal Superior**

**DEPARTAMENTO DE SALUD
PÚBLICA DEL ESTADO DE
CONNECTICUT
CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS**

Petición No. _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____

Por la presente certifico que doy mi consentimiento y autorizo a:

(Nombre del proveedor/centro/organización)

a entregar una copia de toda la información y los historiales médicos que obren en su poder, incluidos los expedientes de tratamientos psiquiátricos, psicológicos, relacionados con el alcohol y/o las drogas, que consten, entre otros, de lo siguiente:

1. Presencia en tratamiento (fechas de admisión y alta).
2. Diagnóstico, breve descripción de la evolución y pronóstico.
3. Historia clínica y examen físico.
4. Hoja de admisión.
5. Evaluación psicosocial.
6. Plan de tratamiento.
7. Resumen de alta.
8. Plan de cuidados posteriores.

de _____,

(Nombre del paciente)

a la Sección de Investigaciones y Licencias para Profesionales del Departamento de Salud Pública del Estado de Connecticut, 410 Capitol Avenue, MS# 12HSR, Apartado Postal 340308, Hartford, CT 06134-0308. Esta información debe usarse en relación con cualquier investigación o audiencia realizada por el Departamento de Salud Pública de acuerdo con los Estatutos Generales de Connecticut §19a-14(a)(10) y (11). Entiendo que estos registros pueden ser proporcionados al profesional sujeto de esta investigación y a su representación legal, como parte de la investigación del Departamento sobre este asunto. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando por escrito a la persona autorizada anteriormente, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en mi consentimiento. Entiendo que el expediente médico que se divulgará puede contener información relacionada con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, de abuso de drogas y/o alcohol, y también puede contener información confidencial relacionada con el VIH (SIDA). Realice una copia reproducida mecánicamente de este comunicado. Esta autorización vence al año de la fecha de la última firma.

Firma del paciente o representante legal

Fecha de la firma

Relación con el Paciente

Firma del testigo

Fecha de la firma