STATE OF CALIFORNIA
DEPARTMENT OF CONSUMER AFFAIRS

BUSINESS, CONSUMER SERVICES, AND HOUSING AGENCY • GOVERNOR EDMUND G. BROWN JR.

TELEPHONE MEDICAL ADVICE SERVICES BUREAU
1625 North Market Boulevard, Suite N-112, Sacramento, CA 95834
Office: (916) 574-7992 Fax: (916) 574-8638 | www.dca.ca.gov/tmas

FORMULARIO DE QUEJA DEL CONSUMIDOR

Por favor escriba a máquina o en letra de molde con tinta y envíe la forma llenada al Buró al domicilio que aparece arriba.

DETALLES SOBRE EL CONSUMIDO SOMETIENDO LA QUEJA	**PROVEÉ DETALLES SOBRE EL NEGOCIO QUE PROVEO EL CONSEJO MEDICO TELEFONICO**	
NOMBRE DE LA PERSONA SOMETIENDO LA QUEJA (DEMANDANTE)	NOMBRE DEL NEGOCIO DE QUE SE SOMETIO LA QUEJA	
DOMICILIO	DOMICILIO	
CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	
NUMERO TELEFONICO EN DONDE SE ENCUENTRA 8am-5pm ( )	NUMERO TELEFONICO DEL PROVEEDOR DE CONSEJO ( )	NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROVEO EL CONSEJO MEDICO TELEFONICO
¿DESEA QUE SU NOMBRE SE MANTENGA EN PRIVADO DURANTE LA INVESTIGACION? Sí ☐ No ☐		

DETALLE EL CONSEJO MEDICO QUE LE PREOCUPA	FECHA DE SERVICIO
DESCRIBA BREVEMENTE SU QUEJA (SEA ESPECIFICO…. QUIEN, QUE, CUANDO, DONDE, COMO) USE PAPEL ADICIONAL SI ES NECESARIO)	

Página 2 También Tiene Que Ser Llenada

Por favor incluya detalles lo más posible, así como copias de cualquier documentos que usted tenga, tal como récords del paciente y correspondencia que pueda ser usada como evidencia (no envíe documentos originales).

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Por favor escriba a máquina o en letra de molde legible en tinta. Por favor tome en cuenta que si no lleva a cabo esta divulgación, el Buró del Servicio Telefónico de Consejería Médica talvez no podrá investigar o enviar la queja.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimineto*: _____

Yo, el abajo firmante, tengo autorización para autorizar y por la presente autorizo

_____
Escriba el nombre del servicio telefónico de consejería médica

_____
Domicilio Ciudad Estado Código Postal

_____ _____
Número Telefónico (incluyendo el área) Número de Registración

_____
Nombre del proveedor médico

Para revelar la informacón médica del paciente nombrado arriba tocante los servicios telefónicos de consejería medica proveída al paciente al Buró del Servicio Telefónico de Consejería Médica del Departamento de Asuntos del Consumidor (Buró). Yo entiendo que el Buró puede revelar estos records a otra agencia gubernamental.

Información médica obtenida por medio de esta autorización será usada para la investigación hacia, y posible procedimientos legales (administrativos o de otro modo) siguiente, algunas violaciones de leyes y/o reglamentos de California.

Yo entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización se expirirá trés (3) años de la fecha de la firma abajo.

_____ _____
Firma del paciente o representante legal *Fecha*

Si un representante legal está autorizando esta divulgación, por favor llene la siguiente información:

_____ _____
Nombre escrito del represente legal *Parentesco al Paciente*

*Fecha de nacimiento es necesario para poder establecer positivamente la identidad del demandante.