

# Formulario de reclamo de la Comisión Médica del Estado de Washington

## ¿Qué puede hacer la Comisión Médica?

La Comisión Médica es responsable de proteger al público garantizando un alto nivel de conducta profesional, educación profesional, formación y competencia entre los médicos y los asistentes médicos.

Revisamos e investigamos los reclamos sobre médicos individuales (MD) y asistentes médicos (PA). Cualquier persona puede presentar un reclamo ante nosotros, incluyendo: miembros del público, empleadores y otro personal de salud.

## ¿Qué no puede hacer la Comisión Médica?

No podemos:

- Investigar los reclamos sobre cualquier persona que no sea un médico o asistente médico autorizado. Por ejemplo:
  - Enfermeras
  - Farmacéuticos
  - Odontólogos
  - Oftalmólogos
  - Trabajadores sociales
  - Hospitales
  - Clínicas u otras organizaciones médicas
  - Establecimientos
- Indemnizarle o ayudarlo a presentar un reclamo por conflictos de facturación y honorarios.
- Otorgar asesoramiento legal o médico.

## Instrucciones para completar el formulario de reclamo del proveedor de servicios médicos

Por favor, complete todas las secciones de la mejor forma posible. Si una sección en particular no aplica a su situación, escriba "N/A" (no aplica) en el espacio.

1. El nombre del médico o asistente médico es obligatorio para procesar su reclamo, toda otra información solicitada es voluntaria. Podemos enviar información a otras agencias gubernamentales para ayudar en sus investigaciones.
2. Indique el nombre completo (verifique la ortografía) del médico o asistente médico contra el que desea presentar un reclamo. Este reclamo no puede tramitarse sin su nombre completo. Puede consultar la búsqueda de credenciales de proveedores del Departamento de Salud en <https://go.usa.gov/xNBqs> para verificar la ortografía y ayudarlo a encontrar su número de licencia.
3. Rellene y firme la **autorización para divulgar su nombre/identidad** adjunta y preséntela junto con su reclamo.



## Información

Tenga en cuenta que su reclamo a la Comisión Médica y cualquier adjunto se convertirá en un registro público, y está sujeto a la Ley de Registros Públicos, Código Revisado de Washington 42.56. Si lo solicita, su formulario de reclamo y sus anexos o cualquier otro agregado por escrito a su reclamo pueden ser entregados a la persona contra la que se quejó.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Su información	
Yo:	<input type="checkbox"/> Soy el paciente <input type="checkbox"/> Presento este informe en nombre del paciente <input type="checkbox"/> Soy un denunciante bajo mandato
¿Cuál es su relación con el paciente?	
<input type="checkbox"/> Soy yo	<input type="checkbox"/> Progenitor
<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Abogado del paciente
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Colega
<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Cónyuge
<input type="checkbox"/> Empleador	<input type="checkbox"/> Empleado
<input type="checkbox"/> Tutor legal	
Nombre completo	
Dirección física	
Ciudad	
Estado	
Código postal	
Teléfono: Hogar	
Teléfono: Trabajo	
Teléfono: Móvil	
Correo electrónico	
Información del paciente	
Nombre completo del paciente	
Fecha de nacimiento	
Fecha del incidente	
Lugar del incidente	
Fechas de atención	_____ al _____



## Información sobre el médico (MD) o el asistente médico (PA)

Deseo presentar un reclamo contra la persona nombrada a continuación. Entiendo que la Comisión Médica no ayuda a los ciudadanos que buscan la devolución de su dinero u otras compensaciones personales. Presento esta información para que la Comisión Médica pueda determinar si se debe considerar una acción disciplinaria contra la licencia de este profesional.

Entiendo que no proporcionar el nombre del profesional retrasará o impedirá la tramitación y posible investigación de mi reclamo.

**Certifique colocando sus iniciales:** \_\_\_\_\_

Nombre del profesional de la salud (MD o PA)	
Número de licencia (si lo sabe)	
Nombre de la clínica o establecimiento	
Dirección física	
Ciudad	
Estado	
Código postal	
Número de teléfono	

## Informe del incidente

Marque la casilla que mejor describa la naturaleza de su reclamo.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infracción publicitaria               | <input type="checkbox"/> Irregularidades en los gráficos      |
| <input type="checkbox"/> Condena penal                         | <input type="checkbox"/> Discriminación                       |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento o pruebas excesivas       | <input type="checkbox"/> Falta de supervisión del personal    |
| <input type="checkbox"/> Receta inadecuada                     | <input type="checkbox"/> Fraude de seguros / facturación      |
| <input type="checkbox"/> Deterioro mental o físico             | <input type="checkbox"/> Diagnóstico erróneo de la enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Receta mal archivada o mal etiquetada | <input type="checkbox"/> Abandono/descuido de paciente        |
| <input type="checkbox"/> Calidad de atención                   | <input type="checkbox"/> Comportamiento grosero o disruptivo  |
| <input type="checkbox"/> Conducta sexual inapropiada           | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias                  |
| <input type="checkbox"/> Práctica sin licencia                 |   |
| <input type="checkbox"/> Otro                                  |   |



<p>Explique el motivo de este reclamo. Adjunte hojas adicionales si es necesario.</p>	
<p>¿Has abordado tus preocupaciones con el MD/PA?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado?</p>	
<p>¿Qué resolución busca de parte de la Comisión Médica?</p>	

## Autorización para divulgar su nombre/identidad

Si usted es el paciente, un empleado de la institución donde se brindó la atención médica o un profesional de atención médica, se mantiene la confidencialidad de su identidad conforme a la sección **43.70.075 del Código Revisado de Washington** (Washington Revised Code, RCW) a menos que usted renuncie a ese derecho. Es posible que la Comisión Médica no pueda investigar el caso sin divulgar la identidad del paciente o la persona que presentó el reclamo.

Al firmar este documento, renuncia al derecho de confidencialidad y autoriza a la Comisión Médica a lo siguiente:

- Divulgar su identidad al proveedor contra quien presentó el reclamo.
- Divulgar su identidad a las personas que sean razonablemente necesarias para la investigación.
- Divulgar su identidad para usarla en cualquier audiencia disciplinaria que pueda surgir a raíz del reclamo.

### Su autorización

A través de la presente, renuncio al derecho de confidencialidad y otorgo mi consentimiento para que se divulgue mi identidad con la finalidad exclusiva de investigar mi reclamo e iniciar procedimientos disciplinarios o de acción adversa.

Sí                       No\*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ (Incluya la inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono en horario diurno: \_\_\_\_\_

\* Entiendo que mi negativa puede impedir que la Comisión Médica continúe con la investigación del caso y tome medidas disciplinarias.

---

Una vez que haya completado el formulario, escanéelo y envíelo por correo electrónico a [Medical.complaints@wmc.wa.gov](mailto:Medical.complaints@wmc.wa.gov)

Si no tiene acceso a un correo electrónico, envíelo por correo postal a la siguiente dirección:

WMC Complaint Intake PO  
BOX 47866  
Olympia, WA 98504

Si adjunta materiales adicionales a este formulario de reclamo, no le devolveremos dichos materiales. Si desea obtener más información sobre la Comisión Médica o sobre el proceso de reclamo, visite nuestro sitio web [wmc.wa.gov](http://wmc.wa.gov)