



## ***New Jersey Office of the Attorney General***

Division of Consumer Affairs  
State Board of Medical Examiners  
Physician Assistant Advisory Committee  
124 Halsey Street, 6th Floor, P.O. Box 45035  
Newark, New Jersey 07101  
(973) 504-6580

### **Proceso de la Queja**

Como una unidad dentro de la División de Asuntos del Consumidor, el Comité Consultivo de Asistente de Médico (Physician Assistant Advisory Committee), toma su responsabilidad seriamente. Una copia de su queja se le mandará al licenciado, con el cual tiene un problema, con una carta del Comité requiriendo una respuesta detallada escrita a los alegatos de su queja. Una vez que la respuesta se haya recibido, será revisada y podrá recomendarse una decisión sobre el particular. Si el Comité necesita información adicional, se le puede pedir al licenciado en contra del cual ha puesto la queja, que aparezca para hacerle preguntas acerca del asunto.

Por favor, tenga en cuenta que cualquier información que usted provea en el formulario de queja puede estar sujeta a escrutinio público. Si se hace una investigación sobre el asunto, la información estará disponible al público solamente después que la investigación haya sido terminada. Usted también está avisado que el formulario de queja es un "documento del gobierno", sujeto a escrutinio público de acuerdo con la ley "Acta de Documentos Abiertos al Público" (Open Public Records Act or OPRA), así como los documentos remitidos con su queja.

Usted está además avisado que de acuerdo con la Orden Ejecutiva N° 26, 4. b. 1., información historial médica, psiquiátrica o psicológica, diagnosis, tratamiento o evaluación pertinente a cualquier individuo no es documento del gobierno y no está sujeta a revelación pública.

Una decisión sobre el particular puede tardar varios meses. Por favor, comprenda que el Comité solo puede tomar acción formal si encuentra suficiente base de que el licenciado quebrantó las leyes o las normas del Estado. Si el Comité determina que se requiere acción formal, el asunto se puede referir a la oficina del Procurador General (Attorney General). En ese caso, cargos formales se pueden poner en contra del licenciado y se le dará al licenciado una oportunidad para defenderse. Este proceso puede tardar mucho tiempo.

Si la queja tiene que ver con dinero que ha pagado, tenga en cuenta que el Comité tiene jurisdicción limitada sobre los precios que los profesionales cargan. Si el Comité determina que no hay suficiente motivo para tomar acción disciplinaria, pero determina que el asunto envuelve un pago, su queja se puede mandar a la Unidad de Alternativa Resolución de Disputa (Alternative Dispute Resolution Unit o ADR). La Unidad de la Alternativa Resolución de Disputa es una mediación gratis que ayuda a resolver muchos casos.

Hasta que una determinación final se haya hecho, el Comité no puede promulgar información sobre el asunto. Se le notificará por escrito cuando una determinación final se haya hecho.



## New Jersey Office of the Attorney General

Division of Consumer Affairs  
State Board of Medical Examiners  
Physician Assistant Advisory Committee  
124 Halsey Street, 6th Floor, P.O. Box 45035  
Newark, New Jersey 07101  
(973) 504-6580

### Formulario de Quejas / Asistente de Médico

Por favor imprima claramente.

Por favor, tenga en cuenta que cualquier información que usted provea en el formulario de queja puede estar sujeta a escrutinio público. Si se hace una investigación sobre el asunto, la información estará disponible al público solamente después que la investigación haya sido terminada. Usted también está avisado que el formulario de queja es un “documento del gobierno”, sujeto a escrutinio público de acuerdo con la ley “Acta de Documentos Abiertos al Público” (Open Public Records Act or OPRA), así como los documentos remitidos con su queja.

Usted está además avisado que de acuerdo con la Orden Ejecutiva N° 26, 4. b. 1., información historial médica, psiquiátrica o psicológica, diagnosis, tratamiento o evaluación pertinente a cualquier individuo no es documento del gobierno y no está sujeto a revelación pública.

#### Información del Consumidor:

#### Queja Reportada en contra de:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE NEGOCIOS: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

PRIVADO  PÚBLICO (incluya prefijo)

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

(incluya prefijo)

(incluya prefijo)

NÚMERO DE FAX: \_\_\_\_\_

TÍTULO: \_\_\_\_\_

(incluya prefijo)

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LICENCIA (SI LO SABE): \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE TRATAMIENTO/SERVICIO:

DE: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es la relación entre el consumidor y la persona que ha puesto la queja?

- Uno mismo
- Padre/Madre
- Amigo/a
- Guardián Legal

- Esposa/o
- Hijo/a
- Hermano/a
- Otro (explique) \_\_\_\_\_

2. Por favor provea la siguiente información acerca del consumidor o paciente si él o ella es distinto de la persona que presenta la queja.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
(incluya prefijo) (incluya prefijo)

3. Por favor provea la siguiente información acerca de cualquier otro practicante o licenciado envuelto en el asunto acerca del cual usted ha presentado una queja.

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(incluya prefijo)

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(incluya prefijo)

4. Por favor provea lo siguiente acerca de cualquiera que fue testigo en el asunto en el cual usted ha presentado una queja.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: \_\_\_\_\_  
(incluya prefijo) (incluya prefijo)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: \_\_\_\_\_  
(incluya prefijo) (incluya prefijo)

5. ¿Cuál es la razón de su queja? (Por favor marque todo lo que se aplique y provea cualquier comentario adicional en una página separada.)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Administrativo                       | <input type="checkbox"/> Publicidad  | <input type="checkbox"/> Honorarios/Prácticas de facturas      |
| <input type="checkbox"/> Fraude                               | <input type="checkbox"/> Incompetencia   | <input type="checkbox"/> Fraude de Seguros                     |
| <input type="checkbox"/> Mala conducta de profesión/ocupación | <input type="checkbox"/> Mala conducta de Sexualidad   | <input type="checkbox"/> Abuso de Estupefacientes/Incapacitado |
| <input type="checkbox"/> Práctica sin licencia                | <input type="checkbox"/> Por favor explique brevemente el problema si no está en la lista de arriba: |  |

\_\_\_\_\_

6. Por favor describa las circunstancias de su queja en el orden que pasaron. Imprima claramente. Usted puede usar páginas adicionales si las necesita.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Por favor describa cualquier acción que hizo para resolver el problema antes de contactar el Comité. Recuerde: imprima claramente. Puede usar papel adicional si lo necesita.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Todas las quejas tienen que estar acompañadas de copias que se puedan leer (NO ORIGINALES) que estén relacionadas con su queja como contratos, facturas, recibos, cheques cobrados, correspondencia u otros documentos que usted crea que estén relacionados con su queja.

8. Yo certifico que las declaraciones hechas por mí en esta queja son verdaderas y todos los documentos adjuntos son copias auténticas. Yo sé que si algunas de estas declaraciones hechas por mí, con todo conocimiento, son falsas, estoy sujeto a castigo.

---

Firma\*

---

Fecha

Envíelo a:

Divison of Consumer Affairs  
State Board of Medical Examiners  
Physician Assistant Advisory Committee  
P.O. Box 45035  
Newark, NJ 07101

\* Este certificado tiene que estar firmado por la persona que ha completado este formulario.