

Aviso Relativo a Quejas de Publicidad

Instrucciones

Debido a problemas experimentados en el procesamiento de quejas de publicidad, la Junta no aceptará más quejas que no contengan una copia de la publicidad original acompañada de información que identifique claramente la publicación en la cual apareció tal publicidad, así como la fecha de la publicación. Para garantizar el procesamiento adecuado de las quejas de publicidad, deberán seguirse las siguientes instrucciones:

1. Envíe la copia original de la publicidad. No se aceptarán fotocopias, excepto en el caso de publicidad en las páginas amarillas.
2. Siempre que sea posible, envíe la página completa del periódico o revista de forma que pueda verse la publicidad en contexto.
3. Asegúrese de que el material que acompañe a la queja incluya lo siguiente:
 - La publicidad publicada en un periódico debe incluir la cabecera del medio donde aparezca el nombre del periódico y la fecha de la edición.
 - La publicidad en revistas deberá incluir la cubierta de la edición o la página del título, si el nombre y la edición no están impresos en la página que contiene la publicidad.
 - La publicidad en las páginas amarillas deberá incluir una copia de la cubierta de la guía telefónica que identifique la ciudad, el volumen y el año de publicación.

Devolución de quejas para ser presentadas nuevamente

Las quejas que no se adhieran a las instrucciones mencionadas serán devueltas para ser presentadas de nuevo. Las quejas anónimas de publicidad que no proporcionen la información requerida no serán procesadas.

(Rev. 1/2011)



Formulario de Queja del Consumidor

Usar letra de molde o escribir a máquina

Proporcione toda la información solicitada

QUEJA PRESENTADA CONTRA				
Nombre del quiropráctico:		Teléfono: ()		
Nombre de la práctica:				
Dirección de la práctica:	Ciudad	Condado:	Estado:	Código postal:
PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA				
Nombre de la persona que presenta la queja:		Teléfono del trabajo: ()		
Dirección:		Teléfono de la casa: ()		
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:	
*Ha presentado usted una queja a alguna otra organización? (especifique)				
DETALLES DE LA QUEJA				
Tipo de enfermedad o lesión/Motivo de la cita:			Fecha de la(s) Visita(s):	

Explique su queja detalle:

Anexe hojas adicionales si fuese necesario

AVISO: Exceptuando el nombre del quiropráctico, toda la información solicitada es voluntaria; sin embargo, el no proporcionar la información solicitada podría retrasar o impedir la investigación de su queja. Deberé suministrar toda la información posible en relación con la queja. La información contenida en este formulario se usará en parte para determinar si ha ocurrido una violación de la ley estatal. Si ese fuese el caso, la información podría ser transmitida a otras agencias gubernamentales, incluyendo la Oficina del Fiscal General.

Firma _____

Fecha _____

VER AL DORSO

(Rev. 1/2011)

Junta de Examinadores de Quiropracticos

AUTORIZACION PARA FACILITAR REGISTROS DE PACIENTES

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____

Yo, el que suscribe, autorizo por este medio:

Quiropractico _____ Quiropractico _____

Lugar _____ Lugar _____

Direccion _____ Direccion _____

Telefono _____ Telefono _____

Quiropractico _____ Quiropractico _____

Lugar _____ Lugar _____

Direccion _____ Direccion _____

Telefono _____ Telefono _____

a divulgar los registros producidos en el curso de mi diagnóstico y tratamiento, incluyendo los registros médicos, psiquiátricos, relativos al abuso del alcohol y las drogas, a la **JUNTA DE EXAMINADORES DE QUIROPRÁCTICOS, PROGRAMA DE APLICACIÓN DE REGULACIONES**. Esta divulgación de registros aquí autorizada se requiere para uso oficial, incluyendo el proceso de investigación y posible procedimiento administrativo, en relación con cualquier violación de las leyes del Estado de California. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que la Junta de Examinadores de Quiroprácticos del Estado de California concluya su investigación y procedimientos como consecuencia de la queja y/o investigación.

La copia de esta autorización tendrá la misma validez del original. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización si la solicito.

Signature: _____
Paciente

Fecha

O: _____
Representante Legal

Relacion

Fecha