



ESTADO DE PENNSILVANIA
OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL

DAVE SUNDAY
PROCURADOR GENERAL

Re: Formulario de quejas de atención médica

Se adjunta un formulario de queja de la Sección de atención médica (Health Care Section, HCS). Complete de manera clara y legible todas las partes del formulario de queja que correspondan y proporcione toda la documentación de respaldo. Debe firmar el formulario de queja y el formulario de Autorización para divulgar información y registros médicos/del seguro y devolverlos para avanzar en el proceso de mediación voluntaria y permitimos procesar su queja de manera más eficiente.

Su queja se revisará para determinar si HCS es la agencia más adecuada para abordar sus inquietudes. Si su queja puede manejarse a través del proceso de mediación voluntaria de HCS, recibirá una carta de acuse de recibo que identificará al agente que maneja su archivo de mediación, quien también proporcionará una copia de la queja a la parte contra la cual se presenta y solicitará una respuesta.

Si no podemos resolver su queja durante el proceso de mediación voluntaria, tenemos la autoridad, según la ley de Pensilvania, para iniciar una acción legal en nombre del Estado si creemos que los hechos, la ley y el interés público ameritan esa acción. En tal caso, representáramos los intereses del Estado como un todo, no a usted individualmente. Es posible que cualquier demanda que presentemos no aborde algunos o todos sus problemas particulares y no resulte en ninguna recuperación para usted.

Tenga en cuenta que puede tener derecho a iniciar una acción legal privada. Tenga en cuenta que, para acciones privadas, el tiempo puede ser esencial porque se aplica un estatuto de limitaciones. Sin embargo, la Oficina del procurador general no puede brindarle asesoramiento o representación legal individual y privada. Si su queja es contra su compañía de seguros, presentar una queja ante HCS no conserva sus derechos de apelación; por lo tanto, le animamos a que consulte el contrato de su plan y presente una apelación ante su compañía de seguros al mismo tiempo que presenta una queja ante HCS.

En nombre de la Oficina del procurador general, gracias por informarnos sobre este asunto. Esperamos poder ayudarle a resolver su queja.

Muy atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Rebecca M. Zehring".

Adjunto

Rebecca M. Zehring
Supervisora agente de protección al consumidor



Health Care Complaint Form

Health Care Section
14th Floor, Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120

1-877-888-4877
1-717-705-6938
1-717-787-1190 (fax)

healthcare@attorneygeneral.gov
www.attorneygeneral.gov

- Marque si usted o un miembro de su familia inmediata es miembro de las fuerzas armadas o veterano.
- Marque si tiene 60 años o más.

Su información

Los campos marcados con (*) son obligatorios.

Sr. Sra. Srta. Dr.

NOMBRE* _____ EDAD _____

DIRECCIÓN* _____

CIUDAD* _____ ESTADO* _____ CÓDIGO POSTAL* _____ CONDADO* _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE PREFERENCIA* _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ **Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir comunicaciones por correo electrónico de la Oficina del procurador general de Pensilvania.**

Si completa este formulario en nombre de otra persona, complete la siguiente información:

Sr. Sra. Srta. Dr.

NOMBRE* _____ RELACIÓN CON EL CONSUMIDOR _____

DIRECCIÓN* _____

CIUDAD* _____ ESTADO* _____ CÓDIGO POSTAL* _____ CONDADO* _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE PREFERENCIA* _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ **Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir comunicaciones por correo electrónico de la Oficina del procurador general de Pensilvania.**

Información del seguro

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR _____ N.º DE PÓLIZA _____ N.º DE GRUPO _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR _____

TIPO DE SEGURO: (marcar)

HMO OPP TPV MEDICARE TRADICIONAL ASISTENCIA MÉDICA OTRA _____

¿PRESENTÓ UNA APELACIÓN FORMAL (QUEJA/RECLAMO) ANTE SU PLAN DE SALUD?

SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE EL RESULTADO DE LA APELACIÓN:

¿Contra quién es la queja?

NOMBRE DE LA EMPRESA*

PERSONA CON LA QUE HABLÓ

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA EMPRESA

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CONDADO

PRODUCTO O SERVICIO COMPRADO

FECHA DE COMPRA

PRECIO DE COMPRA

FORMA DE PAGO:

EFECTIVO CHEQUE TARJETA DE CRÉDITO OTRO: PROPORCIONE EL MÉTODO

¿HA CONTACTADO A OTRAS AGENCIAS? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE EL NOMBRE DE LA AGENCIA Y LA PERSONA DE CONTACTO

¿ESTE ASUNTO SE HA ENVIADO A COBROS? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DE LA AGENCIA DE COBROS

¿HAY O HA HABIDO ACCIÓN JUDICIAL SOBRE ESTE ASUNTO?

SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL TRIBUNAL, EL NÚMERO DE CASO Y EL RESULTADO DEL CASO.

Explique brevemente su queja.

Explique **QUÉ**, **CUÁNDO** y **DÓNDE** sucedió. Describa los hechos en el orden en que ocurrieron. ADJUNTE COPIAS de todos los contratos o pólizas de seguro aplicables, facturas médicas, explicaciones de beneficios, correspondencia, recibos, cheques cancelados (anverso y reverso), anuncios o cualquier otro documento relacionado con su queja. Complete y firme la **“Autorización para divulgar información y registros médicos/del seguro”** adjunta. ESCRIBA A MÁQUINA o EN LETRA DE IMPRENTA su explicación. Si necesita espacio adicional, utilice papel adicional y adjúntelo al formulario de queja.

Presentar una queja ante la Oficina del procurador general no preserva sus derechos de apelación de conformidad con su contrato de seguro o cualquier ley aplicable. Para preservar sus derechos, debe presentar una apelación (queja o reclamo) directamente ante su aseguradora/administrador de salud de conformidad con los términos de su cobertura.

¿QUÉ RESOLUCIÓN ESPECÍFICA BUSCA PARA RESOLVER SU QUEJA?

Información opcional

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

¿CUÁL ES SU RAZA O ETNIA?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HISPANO/LATINO | <input type="checkbox"/> ASIÁTICO |
| <input type="checkbox"/> BLANCO (NO HISPANO/LATINO) | <input type="checkbox"/> BIRRACIAL NATIVO |
| <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO (NO HISPANO/LATINO) | <input type="checkbox"/> AMERICANO |
| <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO/ISLEÑO DEL PACÍFICO | <input type="checkbox"/> OTRA |

LEA CON ATENCIÓN

El procurador general no puede actuar como su abogado privado. Como organismo encargado de hacer cumplir la ley, la función principal de la Oficina del procurador general es representar al público en general haciendo cumplir las leyes, incluidas las que prohíben las prácticas comerciales fraudulentas, engañosas, confusas o engañosas. A través de la Sección de atención médica (HCS), el procurador general brinda un servicio a los consumidores a través de esta unidad de mediación para resolver las quejas individuales de los consumidores. La información que proporcione en este formulario se utilizará para intentar resolver su queja y se compartirá con la(s) parte(s) contra la cual se presenta la queja. Su queja permanecerá archivada en nuestra Oficina sujeta a nuestras políticas de retención de documentos y la ley aplicable, y la información contenida en ella puede usarse para establecer infracciones de la ley de Pensilvania.

Mediante mi firma a continuación:

1. Entiendo que presentar una queja ante HCS no preserva mi derecho privado a demandar ni mis derechos de apelación conforme a la Ley 68, Medicare o cualquier contrato o póliza de seguro.
2. Autorizo a HCS a proporcionar una copia de esta queja a cualquier persona o compañía sobre la cual me quejo, y a cualquier persona o proveedor que posea registros médicos y del seguro o información relacionada con la queja.
3. Autorizo a HCS a compartir mi queja o referir mi queja a otra agencia federal, estatal, local o de otro tipo. Esta autorización se extiende a toda la información y los archivos adjuntos que puedan formar parte del expediente de mi caso, incluidos los registros médicos que la Oficina obtenga de conformidad con mi divulgación médica.
4. Al completar y enviar este formulario de queja, autorizo a HCS a comunicarse con la(s) parte(s) contra las cuales he presentado una queja en un esfuerzo por llegar a una resolución amistosa. Además, autorizo a la(s) parte(s) contra la(s) que he presentado una queja a comunicarse y proporcionar información relacionada con mi queja a HCS. Verifico que he leído y entiendo la información en este formulario de queja y cualquier formulario o correspondencia adjuntos, y que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

SU FIRMA

FECHA



Health Care Complaint Form

Health Care Section
14th Floor, Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120

1-877-888-4877
1-717-705-6938
1-717-787-1190 (fax)

healthcare@attorneygeneral.gov
www.attorneygeneral.gov

Autorización para divulgar información y registros médicos/del seguro

ESTE FORMULARIO NOS AYUDA A OBTENER REGISTROS U OTRA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ATENDER SU QUEJA. COMPLETE, FIRME Y DEVUELVA LO ANTES POSIBLE.

Fecha de autorización: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social (últimos 4 dígitos): _____

Yo, (nombre en letra de imprenta) _____, por la presente autorizo la divulgación de mis registros médicos, financieros y del seguro, y la divulgación de información de dichos registros, a:

Office of Attorney General
Health Care Section
Strawberry Square, 14th Floor
Harrisburg, PA 17120
T: (717) 705-6938 ■ F: (717) 787-1190
Correo electrónico: healthcare@attorneygeneral.gov

Propósito de la autorización: Acción de mediación, investigación y/o ejecución para la queja del consumidor.

Entidades cubiertas por la autorización: Médico o facultativo; hospital, clínica o centro de salud; compañía de seguros; administrador de terceros; empleador; cobrador; farmacia; y/o cualquier otra entidad o persona en posesión de dichos registros o información.

Expiración de la autorización: Conclusión de la mediación, investigación y/o acción de ejecución.

Si corresponde a su queja, marque a continuación para divulgar registros o información específicos:

- Tratamiento/referencia por abuso de alcohol/drogas Enfermedades de transmisión sexual
- Salud mental (aparte de las notas de psicoterapia) Diagnóstico/tratamiento relacionado con el VIH/SIDA
- Notas de psicoterapia SOLAMENTE (al marcar esta casilla, renuncio a cualquier privilegio psicoterapeuta-paciente)

También entiendo que: (1) Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito a HCS, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en esta autorización; (2) tengo derecho a una copia de esta autorización; y (3) según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), una entidad cubierta no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios al firmar dicha autorización.

Además, autorizo a la Oficina del procurador general a volver a divulgar esta información a otras agencias federales, estatales, locales o de otro tipo, o de otra manera, según sea necesario y lo permita la ley, para tomar medidas sobre mi queja. También entiendo que la información divulgada por esta autorización, excepto el abuso de alcohol y drogas como se define en el Título 42 del CFR Parte 2, o de otra manera prohibida por la ley aplicable, puede estar sujeta a que se divulgue nuevamente y puede que ya no esté protegida por la Regla de privacidad de HIPAA [Título 45 del CFR Parte 164], la Ley de privacidad de 1974 [Sección 552a, Título 5 del Código de los Estados Unidos (USC)] y/u otras leyes estatales, federales o locales.

Firma del individuo/representante autorizado

*Si es un representante, identifique el tipo/fuente de autoridad