
¿Ha hablado sobre este asunto con el farmacéutico? Sí No
Nombre de la persona contactada: _____ Fecha de contacto: _____
¿Cómo? Por teléfono Por carta En persona
Resultado del contacto: _____

Más información (rellene solo si corresponde)

Nombre del médico que realizó la receta: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
Medicamento recetado: _____ Número de receta: _____
Medicamento recibido: _____

La receta

Era para un nuevo medicamento Era un recarga
 Era una nueva receta para un medicamento que se había tomado o utilizado anteriormente

¿Hubo algún daño al paciente? Sí No Fecha de nacimiento del paciente: _____
Breve descripción: _____

¿El farmacéutico le consultó sobre su medicamento en el momento que lo preparaba? Sí No
¿Tomó o utilizó algo del medicamento? Sí No
¿Todavía tiene el medicamento o el recibo? Sí No
¿Todavía tiene el envase, la etiqueta o el recibo? Sí No
¿Usted es el paciente? Sí No
Si la respuesta es no, ¿cómo se llama el paciente? _____
¿Cuál es su parentesco con el paciente? _____
¿Es usted el tutor del paciente? Sí No

SI TIENE EL MEDICAMENTO O EL ENVASE, CONSÉRVELOHASTA QUE UN INSPECTOR DEL CONSEJO SE LO NOTIFIQUE.

SI CORRESPONDE, ADJUNTE A ESTE FORMULARIO LAS COPIAS DE CUALQUIER DOCUMENTO JUSTIFICATIVO (receta, facturas recibidas, cheques cancelados, correspondencia, etc.). NO ENVÍE LOS ORIGINALES.

Firma

Fecha

COMPLETE EL FORMULARIO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA ADJUNTO Y DEVUÉLVALO JUNTO CON EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL CONSUMIDOR.

RECOPILACIÓN, ACCESO Y ENTREGA DE INFORMACIÓN

La información que usted proporciona en este formulario de reclamación se conserva en la Oficina Ejecutiva de la Junta de Farmacia, 2720 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833. La información se solicita de conformidad con los artículos 325 y 326 del Código de Negocios y Profesiones.

La presentación de toda la información solicitada es voluntaria. Sin embargo, tenga en cuenta que omitir alguna información puede dar lugar a que su reclamación se rechace por estar incompleta.

Su formulario de reclamación completo pasa a ser propiedad de la Junta, y el personal autorizado lo utilizará según corresponda. La información relacionada con su reclamación puede transferirse a otros organismos gubernamentales o a otras autoridades competentes.

Tiene derecho a revisar los registros que la Junta tiene sobre usted, a menos que los registros estén exentos en virtud de la sección 1798.40 del Código Civil. Para ver si puede acceder a la información, escriba a la Junta, a la dirección antes mencionada.



California State Board of Pharmacy

2720 Gateway Oaks Drive, Suite 100
Sacramento, CA 95833
Phone: (916) 518-3100
Fax (916) 574-8618
www.pharmacy.ca.gov

BUSINESS, CONSUMER SERVICES AND HOUSING AGENCY
DEPARTMENT OF CONSUMER AFFAIRS
GAVIN NEWSOM, GOVERNOR

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, _____, autorizo por el presente a
(Denunciante/Paciente) *(Fecha de nacimiento)**

(Persona física o jurídica y número telefónico del cual se pueda obtener información)

a divulgar la totalidad de los registros e información y a responder cualquier consulta relacionada con el diagnóstico y el curso de mi tratamiento ante el Consejo de Farmacia (en adelante, el Consejo) y sus representantes, lo que incluye, entre otros, a sus investigadores y personal del departamento legal, a su petición. Asimismo, acepto permitir que el Consejo y sus representantes procese y posiblemente presente una acción administrativa con base en mi queja contra:

(Persona/comercio por el que se presenta la queja; incluya el número de licencia/registro si lo conoce)

Entiendo que esta información se mantendrá en carácter confidencial y se utilizará únicamente en relación con toda investigación y posibles procedimientos legales con respecto a cualquier tipo de violación de las leyes y normas estatales y/o federales. Asimismo, acepto que el Consejo y sus representantes podrán divulgar la totalidad de mis registros e información de tratamiento a toda otra agencia gubernamental que lo solicite, o que se le haya enviado, tal información como parte de la investigación de otro posible caso de violación de las leyes y normas estatales y/o federales. Esta autorización tendrá validez hasta la finalización de la investigación y la acción judicial, inclusive toda investigación y procedimientos realizados por otra agencia gubernamental que haya solicitado, o se le haya entregado, sus registros e información.

Una copia de la presente autorización tendrá la validez del original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización en caso de que así lo solicite.

(Firma del denunciante/paciente)

Fecha

Representante del denunciante/paciente y relación con el mismo

Fecha

*La fecha de nacimiento es necesaria para establecer en forma fehaciente la identidad del paciente.