

# JUNTA DE EXAMINADORES DENTALES del ESTADO de NEVADA



2651 N Green Valley Parkway, Ste.104 • Henderson, NV 89014 • (702) 486-7044 • (800) DDS-EXAM • Fax (702) 486-7046

## FORMULARIO DE QUEJA

De conformidad con el NRS 631.360, la Junta está obligada, al recibir una queja verificada por escrito de cualquier persona que exponga hechos que, de probarse, constituirían motivo para iniciar una acción disciplinaria, a investigar las acciones de toda persona que ejerza la odontología o la higiene dental en el estado de Nevada.

La Junta Estatal de Examinadores Dentales de Nevada no investiga cuestiones sobre el estándar de atención de tratamientos dentales realizados hace cinco años o más.

Nombre del reclamante:	_____
Dirección:	_____ _____ _____
Número de teléfono:	_____
Correo electrónico:	_____

Nombre completo del dentista o higienista dental:	_____
Dirección del consultorio:	_____ _____ _____
Número de teléfono:	_____
Nombre de cualquier dentista tratante posterior o dentista de segunda opinión:	_____
<b>La Junta no tiene jurisdicción sobre el personal administrativo de un consultorio dental.</b>	



Lined writing area with 25 horizontal lines.

Si posee documentos pertinentes a las acusaciones incluidas en su queja, adjunte copias de dichos documentos a este formulario.

**Nota:** Complete el Formulario de Verificación y devuélvalo junto con este Formulario de Queja.

**Nota:** Complete el Formulario de Autorización para la Divulgación de Registros y devuélvalo junto con este Formulario de Queja.

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

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

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

Una vez que la Junta Estatal de Examinadores Dentales de Nevada reciba el Formulario de Queja, el Formulario de Verificación y el Formulario de Autorización para la Divulgación de Registros, notificará la queja al dentista o higienista dental con licencia. Tras recibir la respuesta escrita y la copia de los registros dentales proporcionados por el profesional, el expediente investigativo será asignado a un revisor clínico, quien analizará el caso y preparará un informe. Luego, el caso pasará al Panel de Revisión NRS 631.3635 para su examen y consideración, el cual emitirá recomendaciones a la Junta.

Tenga en cuenta que el Asesor Jurídico General de la Junta es el abogado de los miembros y del personal de la Junta; no lo representa a usted ni al licenciatarario investigado. La presentación de esta queja no interrumpe el plazo de prescripción para presentar una demanda civil o una reclamación por mala práctica.

Envíe por correo, fax o correo electrónico el Formulario de Queja, el Formulario de Verificación y el Formulario de Autorización para la Divulgación de Registros completos a:

## **JUNTA DE EXAMINADORES DENTALES del ESTADO de NEVADA**

**2651 N Green Valley Pkwy, Ste 104  
Henderson, Nevada 89014  
Fax: 702.486.7046  
Correo electrónico:  
nsbde@dental.nv.gov**



# JUNTA DE EXAMINADORES DENTALES del ESTADO de NEVADA



2651 N Green Valley Parkway, Ste.104 • Henderson, NV 89014 • (702) 486-7044 • (800) DDS-EXAM • Fax (702) 486-7046

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

A quien corresponda:

**Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo e instruyo que se proporcione a la Junta Estatal de Examinadores Dentales de Nevada todos y cada uno de los registros médicos y/o dentales que se refieran a mí, para cualquier fecha de tratamiento, incluidos, entre otros:**

Todos los registros médicos y dentales; informes de consulta; registros de tratamiento; notas de despacho; planes de tratamiento; notas de dentistas; notas clínicas; notas de higienistas; gráficos periodontales; consentimientos informados; acuerdos de medicación; información sobre recetas; formularios de admisión; historias clínicas; diagnósticos; pronósticos; documentación de conversaciones y/o mensajes telefónicos; correspondencia; informes de consulta; derivaciones; solicitudes de laboratorio; informes de laboratorio; dibujos o bocetos (informáticos, a mano u otros); evaluaciones de riesgo; registros hospitalarios; resultados e informes de pruebas; información relativa a tratamiento por drogas y/o alcohol; todas las radiografías e informes; escaneos e informes de MRI; escaneos e informes de CT; toda prueba o imagen diagnóstica y sus respectivos informes en su poder o en mis expedientes; facturas, estados de cuenta, libros mayores y extractos que reflejen todos los cargos e historial de pagos, incluidos pagos de seguros y/o del paciente, copagos o deducibles, ajustes, cancelaciones o descuentos; todo gravamen presentado, incluido el monto; cargos remitidos a cobranza, incluido el monto y el nombre de la agencia; y cualesquiera documentos contenidos en el expediente electrónico o en papel del paciente.

Autorizo a la Junta Estatal de Examinadores Dentales de Nevada a obtener dichos registros en mi nombre y a utilizarlos en cualquier investigación o audiencia pública llevada a cabo por la Junta, su abogado, agente, representante, investigador o perito. Esta autorización permite a la Junta ver, copiar o utilizar los registros sobre mi estado, tratamiento e información u opiniones relacionadas.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en la medida permitida por la ley; no obstante, antes de que el proveedor reciba la revocación, la divulgación basada en la autorización original no estará prohibida. Una vez divulgada mi información de salud según esta autorización, la Junta podrá volver a divulgarla según lo exija la normativa federal o estatal.

Una copia de esta autorización es tan válida como un original y tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante/tutor autorizado

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

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono