



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina del Procurador del Paciente
Procuraduría Auxiliar de Asuntos Programáticos

SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN DE QUERELLA

Instrucciones:

Favor de completar el formulario en todas sus partes en letra de molde.

USO OFICIAL

Formulario OPP-000
Núm. Inv. de Querella

Forma de recibo:

- Personal
- Correo Regular
- Vía Electrónica
- Llamada telefónica
- Facsímil

Prioridad:

- Inmediata
- Intermedia
- Rutina
- Muerte

Fecha de recibo:

Inicial:

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL QUERELLANTE

1. Nombre del Querellante:				2. Teléfonos: Principal: () - Celular: () - Núm. Alterno: () - Trabajo: () -	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial		
3. Dirección Postal:				4. Relación con el paciente:	
5. Dirección Residencial:				5. Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Deseo recibir a esta dirección electrónica información de la OPP (Correspondencia, encuesta de servicio, información general, material educativo, y otros)	

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

6. Nombre del Paciente:				7. Fecha de Nacimiento: / / día mes año	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	8. Últimos 4 dígitos del Seguro Social _____	
9. Dirección Postal:				10. Edad: _____	11. Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
12. Dirección Residencial:				13. Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Deseo recibir a esta dirección electrónica información de la OPP (Correspondencia, encuesta de servicio, información general, material educativo, y otros)	

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD A SER INVESTIGADA

14. Nombre de la entidad a ser investigada: <i>(Aseguradora, Hospital, Farmacia, IPA/Centro, Clínica Salud Mental, Oficina Médica, Laboratorios u Otros)</i>		15. Clase: <input type="checkbox"/> Salud Física <input type="checkbox"/> Salud Mental	16. Teléfonos: Principal: () - Núm. Alterno: () - Facsímil: () -	
		16. NPI: _____		
17. Dirección Postal/Física de la Entidad a ser investigada:			18. Correo Electrónico:	

SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL/PERSONA A SER INVESTIGADO(A)

19. Nombre del profesional(es) / persona a ser investigado:		20. Teléfonos: Principal: () - Celular: () - Núm. Alterno: () -	
21. Dirección Postal/Física del profesional(es) / persona a ser investigado:		22. Correo Electrónico:	

SECCIÓN V: INFORMACIÓN DEL PLAN DE SEGURO DE SALUD

23. Nombre Plan de Seguro de Salud que posee:		25. Seleccione tipo de cubierta: <input type="checkbox"/> Plan de Salud del Gobierno <input type="checkbox"/> Plan Privado <input type="checkbox"/> Medicare A, A y B, Platino <input type="checkbox"/> Otro: _____	
23. Grupo Médico (GMP):	24. Número de Contrato (NPI):		
26. Diagnóstico(s):			
27. Descripción de los hechos: <i>¿Qué pasó? (Fecha, hora, lugar, personas presentes). ¿Cómo ocurrió? ¿Qué usted hizo? (En caso de tener evidencia que sustente su solicitud, favor de proveer la misma). ¿Cómo usted entiende que nuestra Agencia le puede asistir?</i>			

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, mayor de edad, _____
(Nombre completo en letra de molde) (Estado Civil)
vecino de _____ con el número de Contrato, según establecido en mi Plan de Seguro de Salud (NP):
(Pueblo de residencia)

_____ por la presente autorizo al personal de la Oficina del Procurador del Paciente (OPP) a investigar y solicitar información de salud, tratamiento médico, laboratorios, radiografías o cualquier otra información necesaria para solucionar la situación presentada, ante el plan de cuidado de salud o proveedores de servicios médico-hospitalarios que me hayan brindado servicios. También, reconozco la facultad delegada en ley a la Oficina del Procurador del Paciente para solicitar cualquier otra información necesaria para atender mi investigación.

Además, autorizo a cualquier profesional de la salud o proveedor de servicios médico-hospitalarios, hospital o institución médica a divulgar la información que conste en mi expediente (récord) para los mismos fines. Dicha autorización incluye el envío de mi información mediante el uso de facsímil.

Este procedimiento es de naturaleza administrativa y no conlleva compensación por daño de clase alguna.

Certifico que toda la información que he suministrado en esta solicitud es correcta y verdadera y que los hechos que describo en la misma me constan de personal y propio conocimiento.

Nombre del Paciente o Querellante [Letra de molde]

Firma del Paciente o Querellante

Fecha: ____/____/____
día mes año

ADVERTENCIA

La Oficina del Procurador del Paciente está facultada por la Ley Núm. 77-2013 y la Ley Núm. 170-1988, según enmendada, para investigar y dirigir cualquier querella relacionada con la violación de las disposiciones legales consignadas en la Ley Núm. 194-2000, según enmendada, conocida como Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente. Lo anterior incluye la investigación de querellas en los casos de personas beneficiarias del Plan de Salud del Gobierno que reciben servicios de salud mental a tenor con el Artículo 1 del Capítulo IV del Reglamento para la implantación de la Ley Núm. 408-2000, conocida como Ley de Salud Mental de Puerto Rico. La Oficina del Procurador del Paciente es una agencia vigilante de salud ("Health Oversight Agency"), a tenor con las disposiciones de la Ley HIPAA (45 C.F.R. § 164.501). Esto implica que la Oficina tiene facultad para solicitar información de salud relevante a una investigación o querella. La Ley HIPAA define como una agencia vigilante de salud ("Health Oversight Agency") de la siguiente forma: "agencia o autoridad de los Estados Unidos, un estado, territorio,... o entidad bajo contrato con tal agencia, incluyendo empleados o agentes de tal agencia pública o sus contratistas, que estén autorizados por ley para vigilar el sistema de salud (público o privado) o programas gubernamentales en los cuales la información de salud es necesaria para determinar elegibilidad o cumplimiento, o para implementar leyes de derechos civiles, en los cuales la información de salud es relevante.

Una de las funciones delegadas en la Oficina del Procurador del Paciente es poder emitir multas. Conforme al Artículo XXIV, sección 1, del Reglamento 7617 de la Oficina del Procurador del Paciente: "todo asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o proveedor de servicios de salud o persona o entidad que incumpla con cualquiera de las responsabilidades u obligaciones que impone la Ley Número 194-2000, según enmendada, "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", o este Reglamento incurrirá en una falta administrativa y será sancionada con pena de multa no menor de quinientos (\$500) dólares ni mayor de cinco mil (\$5,000) dólares por cada incidente o violación de ley."

**Al completar la solicitud de Investigación de Querellas favor de imprimirla y enviarla firmada
vía correo electrónico a: info@opp.pr.gov, vía facsímil al 787-977-0908 por
correo regular al PO Box 11247, San Juan, P.R. 00910-2347
ó puede entregarla personalmente en nuestras Oficinas Satélites.**