

**JUNTA DENTAL EXAMINADORA DEL ESTADO DE  
MARYLAND**

Spring Grove Hospital Center • Benjamin Rush Building 55 Wade  
Avenue/Tulip Drive • Catonsville, Maryland 21228

**FORMULARIO DE RECLAMO**

**ESCRIBA EN TINTA NEGRA O AZUL CON LETRA LEGIBLE.**

La Junta Dental Examinadora del Estado de Maryland (la “Junta”) regula las prácticas odontológicas y de higiene dental en Maryland. La Junta se ocupa de investigar los reclamos y puede llegar a tomar medidas disciplinarias contra el/la licenciario/a si la conducta en cuestión es motivo de estas medidas en virtud de la Ley del Ejercicio de Odontologías (Título 4 del Código Anotado de Maryland, Profesiones en el campo de la salud). Las medidas pueden incluir una amonestación, un periodo de prueba o la suspensión o revocatoria de la licencia. Asimismo, la Junta puede resolver el caso de manera informal de no haber una infracción real de la Ley del Ejercicio de Odontologías. **LA JUNTA NO TIENE JURISDICCIÓN SOBRE LOS RECLAMOS QUE IMPLICAN CONFLICTOS CON LOS PAGOS O SOLICITUDES DE REEMBOLSOS NI SOBRE ODONTÓLOGOS/AS O HIGIENISTAS DENTALES QUE TENGAN LICENCIA FUERA DE MARYLAND.**

Si su reclamo implica a una persona sin licencia, la Junta puede referir el caso a una agencia de orden público adecuada para un posible procesamiento penal. La Junta también puede derivar los reclamos al comité de revisión de odontología para su mediación.

Tanto la investigación como la resolución de los reclamos llevan periodos de tiempo variados. **POR LEY SE LE PROHIBE A LA JUNTA DIVULGAR INFORMACIÓN ACERCA DEL ESTADO DEL RECLAMO NI DE CUALQUIER INVESTIGACIÓN O MEDIDA DISCIPLINARIA QUE PROVENGA DEL RECLAMO HASTA QUE SE TOMA UNA DECISIÓN FINAL** Si la Junta toma una medida disciplinaria, el/la demandante tendrá derecho a una copia de la Orden de la Junta y se le otorgará una copia de esa Orden cuando concluya el caso. **SIN EMBARGO, SI LA JUNTA CIERRA EL CASO O DECIDE TOMAR MEDIDAS INFORMALES, SE LE PERMITIRÁ A LA JUNTA COMUNICARLE AL/A LA DEMANDANTE ÚNICAMENTE QUE SE HA CERRADO EL CASO.**

Cualquier reclamo hacia la Junta debe hacerse mediante este formulario que debe tener la fecha y la firma del/de la demandante o paciente. Tenga en cuenta que, durante el transcurso de la investigación, se pone un reclamo a disposición del/de la licenciario/a para que él/ella pueda presentar una respuesta a las acusaciones ante la Junta. En algunos casos, la Junta tiene la discreción de preservar la identidad del/de la demandante a menos que se presenten cargos contra el/la licenciario/a. Sin embargo, en todos los casos tanto la identidad del/de la demandante como los registros médicos que estén involucrados en el caso se mantendrán confidenciales. La información no se divulgará al público, incluso si se toman medidas disciplinarias, a menos que sea necesario para proteger a la comunidad o que la ley lo requiera. Si tiene alguna pregunta, contáctese con la Unidad de Cumplimiento al (410) 402-8538.

**ESCRIBA EN TINTA NEGRA CON LETRA LEGIBLE.**

**1. INDIQUE EL TIPO DE PROVEEDOR DE SALUD**

Marque el proveedor apropiado.

Dentista

Higienista dental

Técnico/a en radiología dental

**2. INDIQUE EL PROVEEDOR DE SALUD – Brinde el nombre completo del/de la licenciario/a sobre el/la que presenta el reclamo, no el nombre de la oficina odontológica.**

a. Nombre completo: \_\_\_\_\_  
(Escriba en imprenta)

b. Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_  
(Calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

c. Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

d. Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

e. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

f. Fecha de nacimiento del/de la paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

g. Sexo del/a paciente:  M  F

**3. DEMANDANTE**

a. Nombre completo: \_\_\_\_\_  
(Escriba en imprenta)

b. Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

c. Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

d. Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

e. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

f. Fecha de nacimiento del/de la paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

g. Sexo del/a paciente:  M  F

**4. NOMBRE DEL/A PACIENTE** (en caso de que sea otra persona la que presente el reclamo)

a. Nombre completo: \_\_\_\_\_  
(Escriba en imprenta)

b. Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

c. Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

d. Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

e. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

f. Fecha de nacimiento del/a paciente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

g. Sexo del/de la paciente: \_\_\_M \_\_\_F

**ESCRIBA EN TINTA NEGRA O AZUL CON LETRA LEGIBLE**

5a. ¿Usted o el/la paciente han hablado del problema con el/la dentista o el/la higienista dental contra el/la que se presenta el reclamo antes de presentar la queja? Si así fue, ¿cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5b. ¿Dónde y cuándo tuvo lugar el acontecimiento que se reclama?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Incluya nombres, direcciones y números de teléfono de cualquier persona que haya sido testigo del acontecimiento que se reclama. También incluya el/los nombres de las personas que estuvieron presentes en el acontecimiento.

<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Teléfono</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. Haga una lista de otros proveedores de salud que ha visto antes, durante o después del tratamiento que se reclama.

<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Teléfono</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8a. ¿Ha presentado este reclamo a otra persona u organización? \_\_\_\_\_

8b. Si es así, ¿a cuál/quién? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Si fue un seguro quien cubrió los gastos del diagnóstico y el tratamiento que se realizó, del cual el sujeto reclama, indique el seguro y el número de identificación del/de la paciente.

a. Nro. de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

b. Nombre de la empresa de seguros: \_\_\_\_\_

c. Dirección de la empresa de seguros: \_\_\_\_\_

10. Adjunte una copia de cualquier informe, factura, recibo, documento o estudio que respalde o se relacione con su reclamo. Adjunté copias de la documentación:      Sí      No

**No adjunte documentos originales**



**12. AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR HISTORIAS CLÍNICAS**

Por el presente acto, doy mi consentimiento para suministrar a la Junta Dental Examinadora del Estado de Maryland, o su equipo de investigación designado, las historias clínicas e informes que se relacionen con lo acontecido de cualquier oficina dental, instituto que se relacione y dentista, incluso la persona que es sujeto de reclamo.

En caso de que la junta Dental Examinadora del Estado de Maryland determine que este reclamo es una disputa por el cobro de honorarios, doy mi consentimiento para que se envíe este reclamo a una entidad de revisión médica adecuada o a la oficina de la División de Protección al Consumidor del fiscal general para mediación.

\_\_\_\_\_ Marque “Sí”

Si no marcó “Sí”, se descartará el reclamo si la Junta no encuentra una infracción comprobable de la Ley Dental de Maryland.

\_\_\_\_\_ **Fecha**

\_\_\_\_\_ **Firma del demandante**

**13. AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN ADICIONAL**

Por el presente acto, doy mi consentimiento para que se suministre cualquier informe, respuesta u otro material que la Junta Dental Examinadora del Estado de Maryland considere necesario por parte del proveedor de salud dental que me brindó el tratamiento, ya sea que esta persona haya sido mencionada en cualquier parte del reclamo o no.

\_\_\_\_\_ **Fecha**

\_\_\_\_\_ **Firma del demandante**

**14. POR EL PRESENTE ACTO DECLARO Y AFIRMO** bajo pena de perjurio que los asuntos y hechos que se exponen en el presente reclamo son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_ **Fecha**

\_\_\_\_\_ **Firma del demandante**

**ENVIAR EL RECLAMO A:**  
JUNTA DENTAL EXAMINADORA DEL ESTADO  
DE MARYLAND Spring Grove Hospital Center  
Benjamin Rush Building  
55 Wade Avenue/Tulip Drive  
Catonsville, Maryland 21228