
¿HABLÓ DE ESTE ASUNTO CON EL FARMACÉUTICO?

SÍ

NO

Nombre de la persona contactada _____ Fecha del
contacto _____

Forma de contacto _____ Telefónico _____ Postal _____ Personal _____

Resultado del contacto _____

MÁS INFORMACIÓN (complete sólo si corresponde)

Médico emisor de la receta: Nombre _____ Teléfono (_____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Est. _____ CP _____

Medicación recetada _____ N° de receta _____

Medicamento

recibido _____

La receta

era por un nuevo medicamento fue una reposición era una nueva receta por un medicamento que ya había tomado o usado.

¿El paciente se vio perjudicado? Sí No Breve descripción _____

¿El farmacéutico le consultó respecto a su medicamento al momento de la entrega? Sí No

¿Se usó o tomó algo del medicamento? Sí No

¿Todavía tiene el medicamento/recibo? Sí No ¿Todavía tiene el envase/etiqueta/recibo? Sí No

SI TIENE EL MEDICAMENTO Y/O EL ENVASE, CONSÉRVELOLOS HASTA QUE UN INSPECTOR DEL CONSEJO LE AVISE.

SI CORRESPONDE, ADJUNTE A ESTE FORMULARIO COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS (receta, cuentas/facturas recibidas, cheques cancelados, correspondencia, etc.). NO ENVÍE LOS ORIGINALES.

Firma

Fecha

COMPLETE EL FORMULARIO DE DIVULGACIÓN MÉDICA ADJUNTO Y ENVÍELO CON EL FORMULARIO DE QUEJAS DEL CONSUMIDOR.



California State Board of Pharmacy
 1625 N. Market Blvd., Suite N219, Sacramento, CA 95834
 Phone (916) 574-7900
 Fax (916) 574-8618
 www.pharmacy.ca.gov

STATE AND CONSUMER SERVICES AGENCY
 DEPARTMENT OF CONSUMER AFFAIRS
 GOVERNOR EDMUND G. BROWN, JR.

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

O

 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.