STATE OF CALIFORNIA
DEPARTMENT OF CONSUMER AFFAIRS

STATE AND CONSUMER SERVICES AGENCY • GOVERNOR EDMUND G. BROWN JR.
CONSEJO DE PATOLOGÍA DEL HABLA-LENGUAJE, AUDIOLOGÍA Y DISPENSADORES DE APOYOS PARA EL OÍDO
2005 EVERGREEN STREET, SUITE 2100, SACRAMENTO, CA 95815
PHONE (916) 263-2666 FAX (916) 263-2668 WWW.SPEECHANDHEARING.CA.GOV

FORMULARIO DE QUEJA PARA EL CONSUMIDOR

LETRA DE MÁQUINA O DE MOLDE

PERSONA QUE REGISTRA LA QUEJA		
NOMBRE DEL PACIENTE		
NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMUNICA LA QUEJA **RELACIÓN AL PACIENTE:**	**TELÉFONO DE CASA ( )** **TELÉFONO DE OFICINA ( )**	
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO)		
CIUDAD	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**

PERSONA CONTRA QUIEN SE REGISTRA LA QUEJA		
NOMBRE	**TELÉFONO DE OFICINA** **( )**	
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO)	**NÚMERO DE LICENCIA: (Si se conoce)**	
CIUDAD	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**

DETALLES DE LA QUEJA	
FECHA DE LA CONSULTA _____/_____/_____ Mes Día Año	**¿CUANTO TIEMPO HA SIDO PACIENTE?** _____ **Años** _____ **Meses**
Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales.	

FORMULARIO DE QUEJA PARA EL CONSUMIDOR (Cont.)

Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales.

Autorizo que se divulgue cualquier información relacionada con mi caso de cualquier patólogo del habla-lenguaje, audiógo o cualquier practicante de la atención de la salud que me haya proporcionado tratamiento, incluyendo a las personas mencionadas arriba. Además acepto que el Consejo y sus representantes pueden divulgar cualquiera y todos mis registros e información de tratamiento al Consejo de Patología del Habla-Lenguaje, Audiología y Dispensadores de Apoyos Para el Oído (Speech-Language Pathology, Audiology and Hearing Aid Dispensers Board) o cualquier otra dependencia de gobierno que solicite dicha información como parte de una investigación de otras posibles violaciones de las leyes y reglamentos de California.

La informacíon anterior es una declaración verdadera y precisa relacionada con mi queja.

_____ _____

Firma Fecha

_____

Nombre en Letra de Molde