



---

---

---

¿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

BUSINESS, CONSUMER SERVICES AND HOUSING 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

\_\_\_\_\_  
 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.