ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

13 de marzo de 1987

Carta Circular Núm. Q-I-3-1084-87

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD
AUTORIZADAS EN PUERTO RICO

Re: Fecha límite para rendir el informe anual del sistema de querellas de las organizaciones de servicios de salud

Estimados señores:

A tenor con el artículo 19.120 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA sec. 1912, cada organización de servicios de salud deberá presentar anualmente al Comisionado de Seguros y al Secretario de Salud, un informe anual de su sistema de querellas.

Acompañamos el formulario donde se deberá presentar el referido informe, el cual deberá reflejar el movimiento de querellas durante el año natural 1986.

Por la presente se ordena a toda organización de servicios de salud autorizada en Puerto Rico que someta dicho informe a esta Oficina en o antes del 31 de marzo de 1987.

Cordialmente,

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros

Anejo

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
San Juan, Puerto Rico

INFORME DE QUERELLAS PARA EL AÑO_____

_____
Nombre de la organización de servicios de salud

Dirección : _____

_____

_____

Teléfono : _____

Fecha de autorización : _____

1. Describa el procedimiento del sistema de querellas que utiliza la Organización. (Utilice hoja aparte de ser necesario en esta o cualquiera otra pregunta de este informe)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2. A) Indique el número total de quejas tramitadas a través de dicho sistema durante el año comprendido en este informe.

B) Mencione las causas que ocasionaron fundamentalmente las querellas; e indique la frecuencia (número) de cada causa mencionada.

Causas	Frecuencia

3. A) Indique el número de quejas de impericia médica (malpractice) terminadas durante el año por la organización de servicios de salud y cualquier otro proveedor usado.

B) Desglose las quejas de impericia médica de acuerdo a, nombre del profesional o proveedor, su cuantía y disposición.

Nombre del Profesional o Proveedor	Cuantía de la Reclamación	Disposición de la queja

4. A) Indique el nombre, posición, grupo que representa, lugar donde trabajan y número de teléfono de los miembros del Comité de Querellas:

Nombre : _____

Posición : _____

Grupo que representa : _____

Lugar de trabajo : _____

Núm. de teléfono : _____

Nombre : _____

Posición : _____

Grupo que representa : _____

Lugar de trabajo : _____

Núm. de teléfono : _____

Nombre : _____

Posición : _____

Grupo que representa : _____

Lugar de trabajo : _____

Núm. de teléfono : _____

Nombre : _____

Posición : _____

Grupo que representa : _____

Lugar de trabajo : _____

Núm. de teléfono : _____

B) Describa el procedimiento que se utilizó para elegir los miembros del Comité de Querellas:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Certificamos que la anterior información es correcta y describe fielmente el movimiento de querellas que ha tenido la organización durante el año para el cual se rinde este informe:

Nombre y firma del Presidente del Comité de Querellas

_____ Nombre

_____ Firma _____ Fecha

Nombre y firma del Presidente de la Organización de Servicios de Salud

_____ Nombre

_____ Firma _____ Fecha

Nombre y firma del Secretario de la Organización de Servicios de Salud

_____ Nombre

_____ Firma _____ Fecha