



**CONSEJO DE ÉTICA Y PROCEDIMIENTOS DISCIPLINARIOS**  
**Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico**

P.O. Box 70169 San Juan, Puerto Rico 00936 / e-mail: [etica@colegiomedicopr.org](mailto:etica@colegiomedicopr.org)  
 Tels: (787) 751-5979•751-6699•751-6670•751-7120 Fax: (787) 751-6592 • (787) 281-7669

## FORMULARIO DE QUERELLA\*

<b>Fecha de Querella:</b> _____		<b>Lugar del Incidente:</b> _____	
<b>Fecha de Incidente:</b> _____			
<b>Testigo del Incidente:</b> _____ (si aplica)			
<b>Nombre del Querellante:</b> _____ (persona que presenta la queja)			
<b>Edad y Sexo:</b> _____		<input type="checkbox"/> <b>F</b>	<input type="checkbox"/> <b>M</b>
<b>Ocupación:</b> _____			
<b>Retirado:</b> _____		<b>Incapacitado:</b> _____ (razón)	
<b>Dirección Postal:</b> _____			
<b>Dirección Física:</b> _____			
<b>Teléfono(s) y Facsímil:</b> _____			
<b>Móvil (celular):</b> _____		<b>Correo Electrónico/(email):</b> _____	
<b>Plan de Salud:</b>	<b>Seguro del Gobierno:</b> (nombre)	<b>Seguro Privado:</b> (nombre)	<b>No tiene plan:</b>
			<b>CFSE:</b>
			<b>ACAA:</b>
<b>NOMBRE DE QUERELLADO:</b> _____ (profesional de la salud/médico)			
<b>Dirección Postal, Física y teléfonos del Querellado:</b> _____			
<b>Reclamación ante Tribunal de Justicia o Agencia administrativa del Gobierno u otro foro:</b>  <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>		<b>Si contesta en afirmativa indique el nombre de la agencia y fecha de reclamación.</b>	
<b>NOTA:</b> El Consejo de Ética y Procedimientos Disciplinarios no recibirá ninguna querella ni dará curso a ninguna investigación o procedimiento disciplinario cuando el asunto del que trate la querella se encuentre ante la consideración de otro foro con poder de adjudicación sobre dicho asunto, excepto cuando el querellado consienta o cuando el asunto sea revestido de un alto interés público ( <b>Artículo 3.1.1</b> del Reglamento del Consejo). Cuando de la faz de la querella surja claramente que la misma no tiene mérito alguno, que el Consejo no tiene jurisdicción sobre el asunto planteado o que el asunto de que trata la querella se encuentra ante la consideración de otro foro con poder de adjudicación sobre dicho asunto, el Consejo podrá desestimar la querella sin investigar ni escuchar más a ninguna de las partes. ( <b>Artículo 3.1.5</b> del Reglamento del Consejo).			

\_\_\_\_\_  
**Firma del Querellante**

\*Este formulario de Querella deberá estar completado en todas sus partes para ser procesado, incluyendo la "Declaración Jurada" debidamente firmada ante notario público.



## CONSEJO DE ÉTICA Y PROCEDIMIENTOS DISCIPLINARIOS

### Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico

P.O. Box 70169 San Juan, Puerto Rico 00936 • e-mail: [etica@colegiomedicopr.org](mailto:etica@colegiomedicopr.org)  
Tels: (787) 751-5979 • 751-6699 • 751-6670 • 751-7120 Fax: (787) 751-6592 • (787) 281-7669

#### Continuación de \*QUERELLA

Describa a continuación los hechos que constituyen una violación a alguna norma positiva o doctrinal de ética profesional: *[De necesitar espacio adicional, puede continuar al reverso de este formulario. Si posee una carta explicativa, otro documento o evidencia, puede incluirlo a este formulario.]*


\_\_\_\_\_  
**Firma de Querella**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Querella**

En testimonio de lo cual, juro y suscribo la presente en \_\_\_\_\_, Puerto Rico hoy, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Afidávit Núm.** \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito ante mi por \_\_\_\_\_, de las circunstancias personales expresadas. En \_\_\_\_\_, Puerto Rico hoy, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(Sello Notarial)

Abogado-Notario

Rev. 30ago2016

\*Este formulario "Querella" deberá estar completado en todas sus partes para ser procesado, incluyendo la "Declaración Jurada" debidamente firmada ante notario público.