

# NEW MEXICO MEDICAL BOARD

2055 S. Pacheco, Building 400  
Santa Fe, New Mexico 87505  
Phone: 505-476-7220 Fax: 505-476-7237

## FORMA PARA LAS QUEJAS / COMPLAINT FORM

### Por favor á Notar / Please Note

La jurisdicción de la Junta Médica de New México se limita á licenciar y á la disciplina de médicos (MD) y de ayudantes médicos del médico (PA-C) y de ayudantes anesthesiologicos. La Junta no puede obtener los reembolsos del dinero pagados á los licenciados, u obtener necesariamente los servicios que usted quiere solicitar. La junta puede imponer solamente medidas disciplinarias contra un licenciado para haber violado el Acto Médico que licencia o las reglas de la conducta profesional.

*The jurisdiction of the New Mexico Medical Board is limited to the licensing and discipline of medical doctors and physician assistants. It cannot obtain refunds of money paid to licensees, nor necessarily obtain the services you may request. It can only impose disciplinary measures against a licensee found to have violated the licensing act or the rules of professional conduct.*

La fecha del incidente / Date of Incident: \_\_\_\_\_

_____ Nombre del Quejador / Name of Complainant	_____ Queja contra quien? Complaint Against
_____ Dirección (Calle y Número) Address (Street and Number)	_____ Dirección (Calle y Número) Address (Street and Number)
_____ Ciudad, Estado, Codigo Postal City, State, Zip	_____ Ciudad, Estado, Codigo Postal City, State, Zip
_____ Número del Teléfono / Phone	_____ Número del Teléfono / Phone

Testigos (si hayan) / Witnesses (if any)		
Nombres / Name	Direcciones / Address	Teléfonos / Phone
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Termine por favor la sección narrativa en el otro lado de la forma**  
**Please complete the narrative section on the reverse side.**

**ALEGACIONES Y CARÁCTER DE LA QUEJA**  
**ALLEGATIONS AND NATURE OF COMPLAINT**

Sea por favor acontecimientos lo más detallados y del lugar  
en orden cronológica. Mecnografíe o imprima legible en tinta negra.  
Agregue una hoja adicional en caso de necesidad

*Please be as detailed as possible and place events in chronological order.  
Type or print legibly in black ink. Attach an additional sheet if necessary.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Quejador / *Signature of Complainant*