**FORMULARIO PARA PRESENTAR DENUNCIA EN OFICINA TRAMITADORA DE DENUNCIAS (OTD)**

|  |
| --- |
| **Antes de completar el presente formulario, favor revisar las instrucciones del formulario de denuncias de la OTD.** |

**DATOS DE LA PERSONA QUE DENUNCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Edad:  |  |
| Profesión u oficio: |  |
| Domicilio: |  |
| Personería con la que actúa si es persona jurídica o apoderado |  |
| DUI |  | Carné de residente |  | Pasaporte |  |
| Nombre del paciente: |  |
| Edad:  |  |
| Profesión u oficio |  |

**LUGAR O MEDIO ELECTRÓNICO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar: |  |
| Fax: |  |
| Correo electrónico |  |
| Medio de contacto |  |

**PACIENTE POSEE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD, FAVOR MARCAR CON UNA X**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Física o Motora |  | Sensorial | Persona Sorda  | Persona ciega | Intelectual |  | Psíquica |  |

**SEÑALAMIENTO DE(L) PRESUNTO(S) INFRACTOR(ES)**

A continuación, deberá completar la información requerida:

De acuerdo a lo que establecen los artículos 17-A literal a) del Código de Salud; 8 literal a) de la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud; 2,18,64,66,67,71,72,73 de la Ley de Procedimientos Administrativos, por tanto, comparezco ante usted para presentar denuncia en contra del (los) profesional(es) en salud siguiente(s):

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Lugar de trabajo o establecimiento: |  |
| Dirección del lugar: |  |
| Nombre: |  |
| Lugar de trabajo o establecimiento: |  |
| Dirección del lugar: |  |
| Nombre: |  |
| Lugar de trabajo o establecimiento: |  |
| Dirección del lugar: |  |
| Nombre: |  |
| Lugar de trabajo o establecimiento: |  |
| Dirección del lugar: |  |
| Nombre: |  |
| Lugar de trabajo o establecimiento: |  |
| Dirección del lugar: |  |

**HECHOS Y RAZONES EN LAS QUE FUNDAMENTA SU DENUNCIA**

En este espacio, deberá detallar los hechos ocurridos (día, hora y lugar), con la mayor precisión posible, y en términos que se acerquen lo más posible a las acciones que denuncia, así como también deberá proporcionar datos que ayuden a individualizar a los presuntos responsables, en caso que no haya tenido oportunidad de saber los nombres de los profesionales.

**DOCUMENTOS QUE ADJUNTA**

En este espacio, deberá mencionar los documentos que adjunta al presente formulario de denuncia, los cuales se agregarán en original, copias anexas o archivos digitales, en caso se remita vía correo electrónico:

|  |  |
| --- | --- |
| a) |  |
| b) |  |
| c) |  |
| d) |  |
| e) |  |
| f) |  |
| g) |  |
| h) |  |

Marcar con una X si requiere:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Conciliación** | **SI** |  | **NO** |  |

De conformidad a lo establecido en el art. 17 literal f) del Código de Salud, la Junta de Vigilancia correspondiente, puede Intervenir a petición del denunciante, en aquellos casos en que surja desavenencia entre un profesional y su cliente que por motivo de salud recurriere a sus servicios. El acuerdo al que se llegue se considerará únicamente como medida transaccional entre las partes, si hay devolución del dinero cancelado al profesional.

**SOLICITUD EN TÉRMINOS PRECISOS HACIA LA AUTORIDAD**

Por todo lo anterior, respetuosamente solicito se **admita** la presente denuncia en la calidad en la cual comparezco, para que la Oficina Tramitadora de Denuncias le dé el trámite que corresponda de acuerdo a la ley.

Declaro bajo juramento que estoy proporcionando a la Oficina Tramitadora de Denuncias del Consejo Superior de Salud Pública, la información que tengo a mi disposición y que la misma se ajusta a la verdad, la cual puede ser verificada por las autoridades.

Para constancia firmo, y doy fe de lo anteriormente expresado y de los documentos que se adjuntan.

San Salvador, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de dos mil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Nota: Legalización de firma por Notario, en dado caso no sea presentado por la persona que lo suscribe.