



**KWAME RAOUL**  
**PROCURADOR GENERAL DE ILLINOIS**  
**Departamento de Fraude de Salud**  
**100 West Randolph, Piso 12**  
**Chicago, Illinois 60601**

Línea Roja: 1-877-305-5145; Número de Fax: 1-312-793-0802; Español: 1-866-310-8398  
Página de la Red: [www.IllinoisAttorneyGeneral.gov](http://www.IllinoisAttorneyGeneral.gov) Email: [HealthCare@ilag.gov](mailto:HealthCare@ilag.gov)

### Su Información

Su Nombre:  Sr.  Sra.  Srta.  
\_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: Estado: Código Postal: Condado: \_\_\_\_\_  
Teléfono Durante el Día: Teléfono en la Tarde: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico (opcional): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: Estado: Código Postal: Condado: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Persona de la Tercera Edad?  Sí  No

### Su Queja Es Contra (Respondiente, por ejemplo, hospital, médico, farmacia, seguro, tienda naturista, etc.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Persona Contacto: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
Número de Cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_ ¿El reclamo está en colecciones?  Sí  No  
Si está en colecciones, provea el nombre, número de teléfono, número de cuenta y persona contacto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Costo Total: \_\_\_\_\_ Cantidad Pagada: \_\_\_\_\_ Dinero Debido: \_\_\_\_\_ Quien lo Debe: (ej. compañía de seguro) \_\_\_\_\_  
Como Pagó: (ej. efectivo, cheque, tarjeta de crédito): \_\_\_\_\_ ¿Se ha quejado con la compañía/el individuo?  Sí  No  
Se quejó a través de:  Correo  Teléfono  En persona  Fax  Otro \_\_\_\_\_  
Persona Contactada: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Respuesta: \_\_\_\_\_ Fecha de Respuesta: \_\_\_\_\_

¿Firmo un contrato?  Sí  No. Si firmó, por favor adjunte una copia.  
¿Se le hizo promoción al producto?  Sí  No. Si es posible, por favor adjunte una copia de la promoción.  
¿Quién lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_ ¿Alguna acción de corte esta pendiente?  Sí  No  
¿Se ha presentado esta queja a otra agencia o a un abogado?  Sí  No. Si lo ha hecho, por favor provea el nombre y número de teléfono.  
\_\_\_\_\_

## Información del Seguro Primario Durante Tiempo de Servicio

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Persona Contacto: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
Tipo de Plan:  HMO  PPO  Dental  Medicare  Suplemental  Otro \_\_\_\_\_  
Nombre de Empleo: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Asegurado por si mismo:  Sí  No  
Dirección de Empleo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
Persona Nombrada en la Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

## Seguro Suplementario o Secundario Durante Tiempo de Servicio

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Persona Contacto: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
Tipo de Plan:  HMO  PPO  Dental  Medicare  Suplemental  Otro \_\_\_\_\_  
Persona Nombrada en la Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

**Descripción de Su Problema. (Por favor use otra(s) hoja(s) adicionales si es necesario. También, adjunte copias de todos sus documentos relacionados con su queja). POR FAVOR NO MANDE LOS ORIGINALES.**


**Tipo de resolución/ ayuda que está buscando. (Por ejemplo, cambio, devolución, reparación, dinero, entrega de producto, etc.).**

--

Al presentar esta queja, yo entiendo que la Procurador General no es mi abogada privada, sino que representa al público para hacer cumplir leyes creadas para proteger al público contra prácticas comerciales engañosas o ilegales. También sé que si tengo alguna pregunta en relación con mis responsabilidades o derechos legales, debo ponerme en contacto con un abogado privado. No tengo ningún inconveniente u objeción a que el contenido de esta queja se envíe al negocio o persona contra quien se dirige la queja, a lo menos que lo indique en la caja abajo. La queja indicada arriba es verdadera y exacta, a mi mejor saber y entendimiento.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Indique aquí si sólo quiere notificar a nuestra oficina de su queja y no quiere que se inicie un proceso de mediación.