

**Formulario para Presentar Querellas**  
**Código de Ética y Conducta Profesional de Terapia Ocupacional**

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

**Información del Querellante (Persona que somete la querella)**

Nombre del Querellante: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información del Querellado (Persona de la cual se presenta esta querella)**

Nombre del Querellado: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Resuma en otras hojas los hechos y circunstancias, incluyendo fechas y eventos ocurridos relacionados con esta querella. Incluya cualquier documento que pueda ayudar al Comité de Querellas, Ética y Mediación en su evaluación de esta querella. Firme y coloque la fecha en todo documento escrito por usted. No incluya documentos confidenciales tales como: expedientes de consumidores o de personal.**

Indique si hubo testigos  Sí  No

**Nombre(s) (Opcional)**

Mencione el o los principios éticos que usted entiende se violentaron.

---

---

---

¿Sometió usted esta querrela ante otros organismos?  Sí  No

De contestar afirmativo, mencione ante quién(es):

(Junta Examinadora de Terapia Ocupacional, Institución Académica, Agencia Gubernamental, NBCOT, AOTA, entre otros). Especifique

---

---

---

Se sugiere que se incluya un enunciado de juramento sobre la información por la cual se presenta la querrela.

Firma del querellante \_\_\_\_\_

Firma de testigos (Si aplica) \_\_\_\_\_

Envíe este formulario con acuse de recibo y correo certificado a la siguiente dirección:

Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico  
Attn. Presidente del CPTOPR  
PO Box 36-1558  
San Juan, PR 00936