



Wisconsin Department of Agriculture, Trade and Consumer Protection

Bureau of Consumer Protection

2811 Agriculture Drive, PO Box 8911, Madison WI 53708-8911

Teléfono: (800) 422-7128 Fax: (608) 224-4677 TDD: (608) 224-5058

Correo electrónico: [DATCPHotline@wisconsin.gov](mailto:DATCPHotline@wisconsin.gov) Sitio Web: [datep.wi.gov](http://datep.wi.gov)

# QUEJA DE SEGURIDAD DE PRODUCTO

El Código Administrativo de Wisconsin en su capítulo 139 contiene normas administrativas relativas a la seguridad de los productos de consumo. Esas reglas fueron promulgadas bajo la autoridad de Wis Stat. §§ 93.07(1), 100.20(2), 100.37(2) y 100.42(2). DATCP es responsable de administrar y hacer cumplir esas leyes. Referirse a Wis Stat. §§ 93.01(introducción) y (3), 93.07(1) y 93.07(24).

## 1. ¿CÓMO NOS COMUNICAMOS CON USTED?

NOMBRE		INICIAL	APELLIDO(S)	
TELÉFONO CASA ( ) -	TELÉFONO TRABAJO ( ) -		EXT.	CELULAR ( ) -
Contácteme entre las 8:00 A.M. y 4:00 P.M.		<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> TRABAJO	<input type="checkbox"/> CELULAR
		<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN (Proporcione la dirección de la empresa, si se está quejando en nombre de esta)		APTO. #		CASILLA POSTAL
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO

## 2. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA VICTIMA (si fuera distinto de la persona arriba indicada)

NOMBRE		INICIAL	APELLIDO(S)	
TELÉFONO CASA ( ) -	TELÉFONO TRABAJO ( ) -		EXT.	CELULAR ( ) -
Contácteme entre las 8:00 A.M. y 4:00 P.M.		<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> TRABAJO	<input type="checkbox"/> CELULAR
		<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN (Proporcione la dirección de la empresa, si se está quejando en nombre de esta.)		APTO. #		CASILLA POSTAL
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO

¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON LA VICTIMA?

## INFORMACION CONCERNIENTE A SU QUEJA

3. Edad de la víctima	Genero	Fecha del incidente
4. Nombre del producto o descripción del producto involucrado		
5. Modelo del producto	Número de serie	¿Todavía tiene el producto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
6. Marca o fabricante		
DIRECCIÓN (Proporcione la dirección de la empresa, si se está quejando en nombre de esta.)		# de APTO.
		CASILLA POSTAL
CIUDAD		ESTADO
		CÓDIGO POSTAL
		CONDADO
CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA		SITIO WEB DE LA EMPRESA
7. Persona de contacto del fabricante		Puesto o cargo
8. Teléfono del fabricante ( ) -		Correo electrónico
9. ¿Dónde compró el producto?		Fecha de compra?
10. ¿Tiene un recibo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si De ser si, anexe una copia		
11. Persona de contacto en el lugar de la compra		Teléfono ( ) -
12. ¿Cuánto pagó? \$	Tipo de pago	
(Marque una opción)	<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Financiación <input type="checkbox"/> Transferencia bancaria <input type="checkbox"/> Otra manera	

---

13. ¿Se ha comunicado con la empresa respecto a su queja? (Marque una opción)  No  Si De ser si, fecha

¿Qué sucedió?

---

14. ¿Ha interpuesto una queja con alguna otra agencia? (Marque una opción)  No  Si Nombre de la agencia

¿Qué sucedió?

---

15. ¿Se ha comunicado con un abogado? (Marque una opción)  No  Si

---

16. ¿Ha iniciado acciones legales? (Marque una opción)  No  Si

---

17. Proporcione una descripción detallada del incidente o daño ocurrido, de haber ocurrido lesiones, descríbalas.

---

18. ¿Se proporcionó tratamiento médico debido a las lesiones?  No  Si De ser si, explique

---

19. ¿Cómo piensa que su queja debe ser resuelta? (especifique)

---

¿Cómo encontró nuestra información?  Presentación  Periódico/Radio/TV  Referido (BBB, Legal Action, etc)  Internet  Otra fuente

---

Al presentar esta queja, doy mi consentimiento para que la empresa contra la que he interpuesto un reclamo, pueda comunicarse con la Oficina de Protección al Consumidor del Departamento de Agricultura, Comercio y Protección al Consumidor y pueda divulgar información relacionada con esta queja, lo que puede incluir la divulgación de información personal no pública. Esta queja y la información proporcionada se utilizarán para resolver el problema y, por lo general, se compartirán con la parte contra la que se presentó la queja. Puede que esta información también se utilice para hacer cumplir las leyes estatales correspondientes.

Acorde lo establecido por el estatuto de Wisconsin, § 15.04(1)(m), se proporciona el siguiente aviso: Este formulario está autorizado por el estatuto de Wisconsin § 93.07(2). Este formulario debe ser rellenado de manera voluntaria. La información de identificación personal proporcionada en este formulario está sujeta a la Ley de Registros Públicos de Wisconsin §§ 19.31 a 19.37, por lo tanto, esta información podría divulgarse en respuesta a una solicitud de registros públicos. Al responder a una solicitud de registros públicos, el Departamento mantendrá la confidencialidad de la información de identificación personal proporcionada en este formulario en la medida permitida por la ley.

**La información arriba proporcionada es verdadera y correcta según mi entendimiento.**

SU FIRMA

NOMBRE COMPLETO

FECHA

---

Anexe copias de toda la documentación que respalde su queja, como: facturas, recibos, contratos, cheques cancelados, página de publicidad o catálogo que muestre el artículo solicitado, documentos de arrendamiento, facturas telefónicas. Debe incluir copias de las páginas del frente y reverso de los documentos.

**Envíe este formulario con las copias de sus documentos por correo postal o envíelo por correo electrónico, adjuntando las copias de los documentos.**

Bureau of Consumer Protection  
2811 Agriculture Drive  
PO Box 8911  
Madison WI 53708-8911

Correo electrónico:  
[DATCPHotline@wisconsin.gov](mailto:DATCPHotline@wisconsin.gov)