

RECLAMACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

Imprima toda la información solicitada para evitar demoras en nuestras respuestas y entregue el formulario diligenciado a su centro.

Nombre del paciente:

Apellido Nombre Inicial segundo nombre Apellido de soltera u otro nombre

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ - _____ - _____ Teléfono: (____) _____

Mi reclamación sobre privacidad implica:

- Adecuación de políticas y procesos de privacidad
- Mis derechos de privacidad (ejemplo: aviso de privacidad, autorización, acceso, enmienda, restricciones de la solicitud, comunicaciones confidenciales o registro de las divulgaciones)
- Manejo inadecuado de la información médica protegida
- Otro (Provea una descripción detallada del asunto de privacidad:

Fecha del incidente (si corresponde): _____

Nombre del empleado(s) y/ o ubicación en donde se produjo el incidente (si corresponde):

FIRMA DE LA PERSONA FECHA O FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO FECHA

RELACIÓN CON LA PERSONA

SOLAMENTE PARA USO INTERNO

Complete esta sección y conserve esta solicitud con los registros médicos del paciente.

Integrante del personal que respondió Cargo Teléfono

Nombre del centro