TRI·CITY Mental Health Services

FORMULARIO HIPPA PARA QUEJAS ACERCA A LA PRIVACIDAD

De acuerdo con lo que requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información Acerca a la Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, usted tiene el derecho de presentar una queja acerca de nuestras normas, procedimientos o acciones acerca a la privacidad. Generalmente, al recibir una queja el Oficial de Privacidad intentará llegar a una resolución apropiada dentro de los 30 días de cuando fue recibida la queja. El Centro de Salud Mental Tri-City no se involucrará en ningún comportamiento discriminatorio ni en represalias contra usted por causa de esta queja. Por favor complete toda información cuanta sea posible. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, puede llamar a nuestra línea confidencial "Hotline de Privacidad" al (909) 451-6428.

PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA ACERCA LA PRIVACIDAD

Apellido	*Nombre*	*M.I.*	*No. de Medi-Cal*	*No. de Teléfono Particular*

Domicilio	*No. de Apt.*	*Ciudad*	*Estado*	*Código Postal*

Por favor describa su queja en detalle en el espacio que se proporciona a continuación. ***(Por favor sea muy específico tal como sea posible con referencia a fechas, horarios y por qué usted cree que sus derechos a la privacidad de información acerca a su salud han sido violados; incluya los nombres, si hay alguno, de las personas de la oficina con las cuales usted haya hablado de esta queja. Si necesita más espacio, continúe con la descripción en el reverso de este formulario.)***

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____
Firma del Cliente Fecha

_____ _____
Firma del Representante * Fecha

**** Si la persona que firma es el representante personal del cliente, especifique la relación y autoridad para hacerlo en el espacio proporcionado a continuación:***

_____

Por favor complete y devuelva este formulario a la recepción o también lo puede enviar a: Attn: Privacy Officer
1717 N. Indian Hill Blvd Ste B, Claremont, CA 91711

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Log Number: _____

Date Received by Privacy Officer: _____

_____

Comments: _____

_____

FORMULARIO HIPPA PARA QUEJAS ACERCA A LA PRIVACIDAD

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA ACERCA A LA PRIVACIDAD – *CONTINUACIÓN DEL LADO 1*