TRI·CITY Mental Health Services

Información Confidencial del Cliente
ver El Bienestar y el Código de las Instituciones 5328 HIPAA, CFR 45, Partes 160 y 164

Formulario de Queja de Privacidad de la HIPAA

Requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA) de 1996, tiene derecho a quejarse de nuestras políticas de privacidad, procedimientos o acciones. Generalmente, al recibir una queja, el Oficial de Privacidad dentro de los 30 días de recibir la queja intentará llegar a una resolución apropiada. Tri-City Mental Health Center no participará en ningún comportamiento discriminatorio u otro comportamiento de represalia en su contra debido a esta queja. Por favor complete tanta información como sea posible. Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, puede ponerse en contacto con nuestra línea directa de privacidad confidencial en (909) 451-6428.

PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA DE PRIVACIDAD

Apellido	*Primer Nombre*	*I.S.N.*	*# de Medi-Cal*	*# de Teléfono de Casa*

Domicilio	*# Numero de Apt*	*Ciudad*	*Estado*	Código Postal

En el espacio proporcionado abajo, por favor, describa en detalle su queja. *(Por favor, sea lo más específico posible con fechas, horas y por qué cree que sus derechos de privacidad de información de salud fueron violados; incluir los nombres, si los hay, de cualquier persona en la oficina con quien usted discutió esta queja.* Si se necesita más espacio, continúe la descripción en el otro lado de este formulario.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del Cliente	Fecha
Firma del Representante *	Fecha

** Si está firmado por el representante personal del cliente, declare la relación y la autoridad para hacer así en el espacio proporcionado abajo:*

_____

Por favor complete y devuelva esta forma al personal de recepción o puede enviar por correo a: Attn: Privacy Officer
1717 N. Indian Hill Blvd Ste B Claremont, CA 91711

FOR OFFICE USE ONLY

Log Number: _____

Date Received by Privacy Officer: _____ _____

Comments: _____

_____

Información Confidencial del Cliente
ver El Bienestar y el Código de las Instituciones 5328 HIPAA, CFR 45, Partes 160 y 164

Formulario de Queja de Privacidad de la HIPAA

Lado 2 de 2

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA DE PRIVACIDAD – CONTINUACION DEL LADO 1