

NGƯỜI KHIẾU NẠI THÔNG TIN RIÊNG TƯ

Họ	Tên	Chữ lót	Medi-Cal #	Điện thoại nhà #
Địa chỉ	Căn hộ #	Thành phố	Tiểu bang	Bưu chính

Xin mô tả chi tiết khiếu nại của quý vị ở phần trống dưới đây. (Xin cho biết thông tin càng cụ thể càng tốt, gồm ngày giờ và lý do quý vị nghĩ mình bị vi phạm quyền thông tin sức khỏe riêng tư; gồm cả tên, nếu có, của bất cứ ai ở văn phòng đã bàn thảo than phiền này với quý vị. Nếu cần thêm không gian, xin tiếp tục mô tả ở mặt sau của mẫu này.)

[illegible]

Chữ Ký của Bệnh Nhân	Ngày
Chữ Ký của Đại Diện *	Ngày

***Nếu đại diện cá nhân của bệnh nhân ký tên thì nêu rõ mối quan hệ và ủy quyền để ký tên ở phần bên dưới đây:**

Xin điền thông tin và gửi lại mẫu này cho nhân viên quầy tiếp tân hoặc có thể gửi thư đến: Attn: Privacy Officer
1717 N. Indian Hill Blvd Ste B Claremont, CA 91711

CHỈ DÙNG CHO HÀNH CHÁNH / FOR OFFICE USE ONLY

Log Number: _____

Date Received by Privacy Officer: _____

Comments: _____

MẪU KHIẾU NẠI THÔNG TIN RIÊNG TƯ HIPAA
Trang 2 trên 2

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.