

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 DEL PACIENTE

FECHA

O

PADRE/TUTOR LEGAL/PERSONA AUTORIZADA

FECHA

RELACION CON LA PERSONA

FECHA

RECLAMACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

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

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