Anexo H

CONDADO DE MERCED
HIPAA
FORMA DE ARCHIVO DE QUEJAS

FECHA:	NUMERO DE ARCHIVO:

La información qué usted nos proporciona permanecerá lo más confidencial posible, sin embargo será necesario revelar la información para investigar su demanda.Cualquier persona puede llenar una forma de archivo de queja. Miembros de la fuerza laboral pueden utilizar esta forma para reportar violaciónes de HIPAA por otros compañeros de la fuerza laboral.

Puede presentar su queja a:

Concilio del Condado de Merced
Attn: Oficial de Privacidad
2222 M Street
Merced, CA 95340
(209) 385-7564

SU INFORMACIÓN			
APELLIDO:	NOMBRE:		INICIAL:
DOMICILIO :	CIUDAD/ESTADO:		CODIGO:
DOMICILIO DE EMAIL :	NUMERO DE TELEFONO (DIA):	NUMERO DE TELEFONO (NOCHE) :	
MEJOR FORMA DE ENCONTRARLO:	MEJOR HORA PARA ENCONTRARLO :		
Empleados Solamente	EMPLEADOS PUEDEN SOLICITAR QUEJAS ANONIMAS	TITULO UNITARIO:	NOMBRE DE SUPERVISOR :

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR SU NOMBRE

Por favor escoger uno de los siguientes:

☐ Yo consiento revelar mi nombre para investigar esta queja. Nosotros no podemos divulgar información acerca de usted en nuestra investigación, dentro del limite permitido por ley.

☐ Yo no consiento revelar mi nombre. No usar su nombre puede impedir nuestro habilidad en completar la investigación.

INFORMACION ACERCA DE SU QUEJA			
NOMBRE DE LA ORGANIZACION CONTRA LA QUE SE QUEJA:	NOMBRE DE LA PERSONA CONTRA LA QUE SE QUEJA:	FECHA EN QUE USTED PRIMERO TOMO ACCION:	FECHA(S) ACCION OCURRIO:

DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
ARCHIVO DE QUEJAS
(CONTINUAR)

Detalles de la Queja:

Tengo razón para pensar que me ocurrió una o más de las siguientes acciones:

- ☐ La organización o persona ha divulgado inapropiadamente mi información personal de salud
- ☐ La organización o persona ha usado inapropiadamente mi información personal de salud
- ☐ La organización o persona dispuso inapropiadamente de mi información personal de salud
- ☐ La organización o persona niegan acceso a mi información personal de salud
- ☐ La organización o persona niegan mi enmienda a mi información personal de salud
- ☐ Polizas y procedimientos de privacidad de la organización violan los requerimientos de HIPAA

Por favor denos una descripción detallada de su queja, cubriendo el qué, cuándo, quién, cómo, dónde y, si sabe, el porqué acerca de lo qué ocurrió. Añada más hojas si lo cree necesario.

Tiene usted testigo(s): ☐ No ☐ SI
Si es si, por favor suministre nombre, domicilio y numero de teléfono de su testigo(s) abajo :

Nombre de Testigo :	Domicilio :	Número de Teléfono :
Nombre de testigo :	Domicilio:	Número de Teléfono :

RESOLUCION DE SU QUEJA	
Favor de describir como la queja sobre su privacidad podría ser resuelta :	
SU FIRMA	
Firma :	Fecha :