

REPORTE DE QUEJA COMPLAINT REPORT

Este formulario es voluntario. A discreción del personal de los Derechos del Cliente (*Client Rights Staff*) o Oficial de Privacidad de HIPAA (*Privacy Officer de HIPAA*), una queja puede ser presentada oralmente. Esta información es usada para investigación y resolución de esta queja solamente.

Si usted tiene preguntas en referencia a este formulario o si le gustaría ayuda para completarlo, comuníquese con la facilidad del *Client Rights staff* o *HIPAA Privacy Officer*.

Nombre – Paciente/Cliente (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Nombre – Persona que presenta la queja (si no es paciente/cliente) (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)
Dirección	Dirección
Número(s) de Teléfono(s)	Número(s) de Teléfono(s)
Facilidad / Unidad	

Esta queja declara la violación del: artículo _____ de los derechos del paciente en *Chapter 51 WSS*.
o _____ (Dé el Número, si se sabe)
 del *Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPAA – 45 CFR § 164)*, en referencia al uso y la divulgación de la información de salud bajo protección del paciente (frecuentemente referida en inglés como "PHI").

DESCRIBA SU QUEJA

Explique todos los hechos, incluyendo la hora, sitio del incidente, nombres de otros involucrados, testigo(s), si hay algunos.

REMEDIO DESEADO (No aplica para quejas del *HIPAA*)

También he sometido esta queja a la agencia siguiente: _____

Si este problema se relaciona con o involucra una posible violación de *HIPAA*, el *Privacy Officer* de la facilidad debe ser notificado

FIRMA: _____ Fecha – Sometido: _____
(Persona que completa el Reporte)

Fecha – Recibido: _____

DISTRIBUTION

Original - Facility Client Rights Copy - Client