



Formulario de queja de privacidad de HIPAA

Este formulario de queja se refiere a la información médica protegida que mantiene Vecino Health Centers.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Número de departamento/oficina: _____

Ciudad: _____ Estado/Código postal: _____

Número de teléfono: _____

¿Quién cree que infringió sus derechos de privacidad de la información médica (o los de otra persona) o cometió otra infracción de la Norma de Privacidad?

Nombre del departamento o del miembro del personal: _____

Fecha de la infracción: _____

¿Qué derecho se infringió?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Se rechazó una solicitud de acceso a los expedientes | <input type="checkbox"/> Se rechazó una solicitud de enmienda de información médica |
| <input type="checkbox"/> Se rechazó una solicitud de comunicaciones confidenciales | <input type="checkbox"/> Se rechazó una solicitud de restricción de uso y divulgación |
| <input type="checkbox"/> Se rechazó una solicitud de informe de divulgaciones | <input type="checkbox"/> Violación de la confidencialidad |
| <input type="checkbox"/> Otro | |

Describa la infracción de privacidad: (obligatorio; adjunte páginas adicionales, si es necesario)

Firma

Fecha

Nombre o nombre del representante legal (en letra de imprenta)

Relación del representante con el paciente

Tiene derecho a presentar una queja de privacidad ante nuestro funcionario de Privacidad, ante Salud y Servicios Humanos de Texas o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No se lo sancionará por presentar una queja.

Envíe por correo o fax los formularios completados a:

Privacy Officer
Vecino Health Centers
5808 Airline Drive
Houston, TX 77076
Fax: 713-695-6929

Salud y Servicios Humanos de Texas

<https://www.hhs.texas.gov/regulations/legal-information/hipaa-privacy-laws/reporting-a-privacy-incident>

US Department of Health and Human Services

Health and Human Services Region 6

1301 Young Street

Dallas, Texas 75202

Número de teléfono: 214-767-3301

Número de fax: 214-767-3617

Envíe un correo electrónico a: OCRComplaint@hhs.gov.

O visite <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>