

**FORMULA DE QUEJA DE PRIVACIDAD
(MIRE AL REVÉS PARA INFORMACIÓN COMO
LLENAR UNA QUEJA)**

APELLIDO DEL PACIENTE	NOMBRE	INICIAL
NUMERO DEL CASO		
INSTITUCION	UNIDAD	

INSTRUCCIONES: ¡DE AL PACIENTE UNA COPIA TE DE ESTE FORMULARIO! Prepare una (1) copia para el Récord Médico del Paciente.

QUEJA SOBRE PRIVACIDAD

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA (INCLUYA LA INFORMACIÓN QUE USTED CREA FUE USADA/REVELADA INAPROPIADAMENTE, Y POR QUIEN:

QUÉ ACCIÓN USTED QUIERE SEA TOMADA:

Yo, el firmante, por este medio registro esta notificación de queja respecto a mi información confidencial.

(Firma del Paciente)

(Firma del Padre/Guardián, cuando sea requerida)

(Escriba en Letra de Molde el Nombre del Paciente)

(Escriba en Letra de Molde el Nombre del Padre/Guardián)

(Fecha)

(Fecha)

ACCIÓN DE INSTITUCIÓN:

QUEJA REVISADA EN _____.

Director/Asistente al Director

FECHA

Quejas y Reporte de Violaciones

Los Pacientes tienen el derecho de hacer quejas referentes a la confidencialidad y privacidad de sus Informaciones Médicas. El paciente puede llenar un formulario de Queja de Privacidad (En lado revés de este formulario) y someter el formulario a:

- Administrator de ATC
- Departamento de Centros de Tratamientos de Adicciones, 1450 Western Avenue, Albano, NY 12203; o
- OASAS Oficial de Privacidad., Albany, NY 12203.

La queja será revisada por un individuo apropiado, basada en la naturaleza de la queja. Este individuo completará el Formulario Resolución de Queja de Privacidad. Copias serán enviadas al Oficial de Privacidad de OASAS, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

El paciente puede registrar una queja con la:

Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Derechos Humanos de los Estados Unidos
Jacob Javitz Federal Building
26 Federal Plaza--Suite 3313
New York, New York, 10278

Voice Phone (212) 264-3313.
FAX (212) 264-3039.
TDD (212) 264-2355
OCR Hotlines-Voice: 1-800-368-1019