

Formulario de queja sobre privacidad

Fecha: _____

Paciente/Persona

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono (con código de área) _____

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Relación con el paciente: _____

Queja

Explique los detalles de su queja de privacidad, incluyendo lugares, fechas y partes implicadas.

Revisar y firmar

Declaro que he leído toda la información de este formulario.

Firma de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona

Fecha

X _____

Su derecho a presentar una queja sobre privacidad

- Usted tiene derecho a recibir información sobre cómo presentar una queja sobre la privacidad de su información médica personal.
- Usted tiene derecho a recibir el “Aviso de prácticas de privacidad” de Alpine Health, en el que se le informa sobre cómo se utilizará y divulgará su información médica personal. El Aviso de prácticas de privacidad también le indica cómo presentar una queja sobre privacidad.
- Puede elegir a un representante para que defienda sus intereses durante el proceso de queja.
- Sus servicios no se verán afectados por ninguna queja que presente.
- Alpine Health no puede castigarle ni tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en cualquier investigación o negarse a aceptar algo que usted considere ilegal.

Envíe este formulario completado por correo postal o correo electrónico a:

Attn: Privacy Officer
Physician Health Partners
PO Box 13406
Denver, CO 80202-9998

Privacy@Alpine-Physicians.com