530.541.3420 TEL
bartonhealth.org

QUEJAS RELACIONADAS CON PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por favor dirija su queja a: _____, Oficial de Privacidad

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. postal: _____
Teléfono: _____

Como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPPA, por sus siglas in inglés), usted tiene el derecho a presentar una queja sobre nuestras políticas, prácticas o acciones de privacidad. No tomaremos ninguna medida discriminatoria ni de represalia en su contra a causa de esta queja. Por favor, sea lo más detallado posible y devuelva este formulario a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección anotada arriba.

Por favor, complete las secciones a continuación: _____
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. postal: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico:_____
¿Cuál es la mejor manera para contactarse con usted? _____
¿Cuál es el mejor horario para contactarse con usted? _____

Detalles de su queja: (Provea detalles específicos, incluyendo fechas, hora y las circunstancias de la queja. Incluya nombres, si es que los sabe, de cualquier persona con quien usted haya hablado de su queja. Agregue hojas extra si es necesario, y también puede adjuntar documentos).

_____
_____
_____
_____
_____

Documentos adjuntos incluyen: _____
Firma del paciente, apoderado o representante: _____
Nombre en letra de molde: _____ Relación/parentesco: _____
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): _____
Fecha de la firma (MM/DD/YYYY): _____ Hora: _____

OFFICE USE ONLY

Date received: _____
Complaint Number: _____

©Copyright Barton Health 2026 [HIM-0007-SP] Complaint PHI 012026