

## Queja sobre privacidad

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE: |                     |               |
|---------------------------|---------------------|---------------|
| Apellido:                 | Nombre:             |               |
| Dirección:                |                     |               |
| Ciudad                    | Estado              | Código postal |
| Teléfono:                 | Fecha de nacimiento |               |

Utilice este formulario para presentar una queja acerca de las prácticas de privacidad de la clínica (**anote el nombre y lugar de la clínica abajo en el formulario**) o nuestro cumplimiento de nuestro Aviso de prácticas de privacidad o las leyes y regulaciones estatales y federales de privacidad. FPG no tomará represalias de ninguna manera y la presentación de una queja no influirá en su tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios.

Después que hayamos recibido este formulario, llevaremos a cabo una investigación de su queja y proveeremos una respuesta por escrito al completar nuestra revisión. Por favor todos los detalles relacionados con la queja de privacidad.

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_

Lugar de la clínica: \_\_\_\_\_

Por Favor describa su queja de privacidad en detalle. Añade sus detalles adicionales en otra hoja separada si es necesario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Queja sobre privacidad

### FIRMA (REQUERIDA)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal (si es necesario):

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre del intérprete/traductor (si es necesario):

\_\_\_\_\_  
Fecha:

**Tenga en cuenta que:** si usted es el representante legal del paciente, debe adjuntar copias de su autorización para representar al paciente de acuerdo a las leyes estatales, por ejemplo, poder notarial para cuidado de la salud, suplencia en asuntos relacionados con el cuidado de la salud, testamento en vida o documentos de tutela.

Para evitar retrasos en la atención a su solicitud, verifique que todos los campos de este formulario se hayan completado adecuadamente. Si falta información, le devolveremos la solicitud para que la complete. Adjunte una hoja aparte si necesita más espacio.

**Envíe este formulario a:**      **CenterWell Senior Primary Care**  
**Attn: Compliance Department**  
**6350 West Colonial Drive**  
**Orlando, FL 32818**  
**PH: 866-222-0403**

### SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Empleado presentando la queja \_\_\_\_\_

Fecha de enviado al Departamento  
de cumplimiento \_\_\_\_\_

Fecha de recibido por el  
Departamento de cumplimiento \_\_\_\_\_

Profesional del Departamento de  
cumplimiento \_\_\_\_\_

Inicio de la investigación \_\_\_\_\_

Investigación completada \_\_\_\_\_

Firma del profesional del  
Departamento de cumplimiento \_\_\_\_\_