

**IMPERIAL COUNTY  
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES**

**QUEJA DE PRIVACIDAD**

Fecha Recibido

*Uso de oficina únicamente*

La información que usted sometió aquí se quedará confidencial hasta el punto posible, sin embargo nosotros podemos necesitar divulgar la información para investigar su queja. Cualquier persona puede presentar una queja. Los empleados pueden usar esta forma para reportar infringidos de HIPAA con otros empleados en el trabajo. Usted puede someterse su queja a:

ICBHS Privacy Officer  
202 N. Eighth Street  
El Centro, CA 92243  
Fax: (442) 265-1583

Si tiene alguna preguntas acerca de esta forma, por favor comunicase con el oficial de privacidad (442) 265-1565.

**1. SU INFORMACIÓN**

<b>FECHA:</b>			
<b>APELLIDO:</b>		<b>NOMBRE:</b>	<b>SEGUNDO INICIAL:</b>
<b>DOMICILIO:</b>		<b>CIUDAD/ESTADO:</b>	<b>CÓDIGO POSTAL:</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		<b>NUMERO DE TELÉFONO DE DIA:</b>	<b>NUMERO DE TELÉFONO NOCTURNO:</b>
<b>MEJOR MANERA DE CONTACTO:</b>		<b>MEJOR HORAS DE CONTACTO:</b>	
<b>ÚNICAMENTE EMPLEADOS</b>	<b>EMPLEADOS PUEDEN PRESENTAR SUS QUEJAS ANÓNIMAMENTE</b>	<b>TITULO DE UNIDAD:</b>	<b>NOMBRE DE SUPERVISOR:</b>

**2. CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR SU NOMBRE (OPCIONAL)**

Por favor selecta uno de lo siguiente:

- Yo consiento que mi nombre se divulga para investigar esta queja. Nosotros no divulgaremos información acerca de usted en nuestra investigación dentro de los límites permitidos en la ley.
- Yo no consiento que mi nombre se divulga. No utilizar su nombre puede impedir nuestra habilidad de completar la investigación.

**3. INFORMACIÓN ACERCA DE SU QUEJA**

<b>NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN QUE SU QUEJA ESTA CONTRA:</b>	<b>NOMBRE DE PERSONA QUE SU QUEJA ESTA CONTRA:</b>	<b>FECHA QUE USTED PRIMERO NOTO LA ACCIÓN:</b>	<b>FECHA(S) ACCION(S) OCURRIÓ</b>

Usted esta presentando esta forma para otra persona  Si  No  
Si sí, cuales derechos han sido infringidos sobre información medica protegida:

**QUEJA DE PRIVACIDAD  
(continuar)**

**LOS DETALLES DE LA QUEJA:**

Tengo razones para creer que uno o más del siguiente han ocurrido:

- La organización/persona divulgo inadecuado mi información medica protegida
- La organización/persona ha utilizado inadecuadamente mi información medica protegida
- La organización/persona se ha deshecho inadecuadamente de mi información medica protegida
- La organización/persona hay negado el acceso a mi información medica protegida
- La organización/persona ha negado mi enmienda a mi información medica protegida
- La organización políticas y procedimientos privacidad han infringidos los requisitos de HIPAA.

Por favor suministra una descripción detallada de su queja que cubre lo que, cuando, que, cómo, donde, y si usted sabe, por qué acerca de lo que sucedió. Usted puede conectar páginas adicionales si no hay sitio suficiente aquí.

**TIENE USTED TESTIGO(S):**       No       Si

Si sí, proporciona por favor los nombres, las direcciones y los números de teléfono de testigo(s) de por abajo:

<b>Nombre de Testigo:</b>	<b>Domicilio:</b>	<b>Numero de Teléfono:</b>
<b>Nombre de Testigo:</b>	<b>Domicilio:</b>	<b>Numero de Teléfono:</b>

**RESOLUCIÓN DE SU QUEJA  
páginas adicionales se pueden conectar si necesario**

DESCRIBA POR FAVOR COMO SU QUEJA DE PRIVACIDAD PODRÍA SER RESULTA:

**5. SU FIRMA**

<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>

Presentando su queja con Salud Mental del Condado de Imperial Oficial de Privacidad es voluntario. Sin embargo, sin la información solicitada arriba, el Oficial de Privacidad no puede proceder con su queja. Nosotros juntamos esta información bajo la autoridad de la Regla de Privacidad publicado según la Transferencia de Seguro de Medico y Acto de Responsabilidad de 1996. Utilizaremos la información que usted suministro para determinar si tenemos la jurisdicción y, si eso es el caso, cómo nosotros procesaremos su queja. La información sometida en esta forma se trata confidencialmente. Los nombres u otra información de identificación acerca de individuos se revelan cuando son necesario para la investigación de infracciones posibles de información medica protegida, para operaciones internas de sistemas, o para usos rutinarios, que incluye la revelación de información fuera de la Oficina de Privacidad para propósitos asociado con la reglamentos de la información medica protegida y como permitido por la ley. Es ilegal para un cubrió la entidad para intimidar, amenazar, obligar, discriminar o vengar contra usted para presentar esta queja o para tomar cualquier otra acción para imponer sus derechos bajo la Regla de la Privacidad. Usted no es requerido a utilizar esta forma. Usted puede escribir también una carta o se somete una queja electrónicamente con la misma información. Para someterse una queja electrónica al Oficial de la Intimidad.